

Année 1968.

N°

833

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

COMPERE Rémy

Né le 26 Aout 1935 à Caen (Calvados.)

Ancien Externe des Hopitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le....

" SYNDROME DE L'ENFANT MALTRAITE."

Président: M.JULIEN MARIE/

Année 1968

N°

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

DIPLOME D'ETAT

Par

COMPERE Rémy

Né le 26 Aout 1935 à CAEN (Calvados)

(Ancien) Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

"SYNDROME DE L'ENFANT MALTRAITE"

Président : M. JULIEN MARIE



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BERNARD (H.), BERNARD (R.), BINET (L.) BULLIARD (H.)
 CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.),
 FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.)
 HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.)
 LEVY-SOLAL (E.), LIAN (G.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 QUENU (J.), REINHARD (G.), SEMEQUE (J.) STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN..... Georges BROUET.

1er Assesseur.....)Daniel BARGETON

2ème Assesseur..... (Jean GOSSET.

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie.....	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	VOURCH'H (G.)
Bactériologie et virologie.....	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.-F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale.....	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale.....	MATHE (G.)
Chimie pathologique.....	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale.....	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	COURY (Ch.)

.../...

Histologie et Embryologie.....	TUCHMANN-DUPESSIS (H.)
-	GOIJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.N.)
Pathologie exotique.....	BRUPT (L.-C)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.-P)
Pathologie médicale.....	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générale.....	MAURICE (P.)
Pharmacologie.....	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie.....	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales.....	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.....	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	N...
Thérapeutique.....	LANOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.....	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie.....	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique.....	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.....	MEZELOF (Ch.)
Bactériologie.....	BARBIER (P.)
Biochimie médicale.....	DREYFUS (J. -Cl.)
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.)
Parasitologie.....	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale.....	LOEPER (J.)
Physiologie.....	DEJOURS (P.)
	(SCHERRER (J.)
Physique médicale.....	KEILLERSHOHN (L.)
	) COUGEROT (L.)
	(ROUCAYROL (J.-Cl.)
	) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale.....	FISCHGODD (H.)

.../...



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554022_0002

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique.....	DEMOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut).....	LEMEGRE (J.)
- - - Beaujon.....	LORTAT-JACOB (J.-L.)
- - - - -	BAUMANN (J.)
- - - - - Cochin.....	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales.....(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
- - - Saint-Antoine	GOSSET (J.)
- - - Salpêtrière.....	SIGARD (A.)
- - - Tenon.....	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin).....	HERLE d'AUBIGNE (R.)
- - - - - (Foch).....	PADOVANI (P.)
- - - - - (Beaujon).....	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)...	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	BUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec).....	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis).....	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades).....	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca).....	HUGHIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint- Louis)....	DEGROS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).....	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard).....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Saint-Anne).....	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P.)
- - - Bicêtre.....	DEPARIS (M.)
- - - Broussais.....	MILLIEZ (P.)
- - - Cochin.....	N...
Cliniques médicales.....(Hôtel-Dieu.....	BARBIET (M.)
- - - Pitié.....	DREYFUS (G.)
- - - Saint-Antoine.....	COMTE (H.)
- - - Saint-Antoine.....	KOURILSKY (R.)
- - - Saint-Antoine.....	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).....	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades).....	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).....	DEROT (M.)

.../...

Clinique néphrologique (Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....	DAVID (M.)
Clinique de neurologie (Salpêtrière).....	GARCIN (R.)
(Baudelocque).....	LACOSTE (M.)
Cliniques obstétricales.....) Saint-Antoine.....	BERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....	VAN NIGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....	OFFRET (G.)
(Cochin).....	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau).....	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent- de-Paul).....	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec).....	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....	NICHEAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière).....	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière).....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal).....	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré).....	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin).....	ABOULKER (P.)
(Necker).....	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	LAPLANE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin).....	DOUART (A.)
(Lariboisière).....	BOUVRAIN (Y.)
(Pitié).....	RAUBERT (P.)
(Rothschild).....	TOLFRON (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais).....	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie.....	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie.....	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	) BOUR (H.)
	(CAROLI (J.)
	) DREYFUS (B.)
	(GROUARD (A.)
Médecine.....	LEBLING (A.)
	(LAURAY (C.)
	) PAYET (H.)
	(PERRAULT (H.)
	) SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)

.../...



Néphrologie.....	RICHET (G.)
Neuro-Chirurgie.....	LEDEAU (J.)
Neurologie.....	BIERHTE (F.)
Neuro-psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Oto(Rhino-Laryngologie.....	HAUDURO (R.)
Pédiatrie.....	POLOM VSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie.....	PERIC (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie.....	DELBAIRE (I.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique.....	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie.....	CHRISTOL (D.)
	MARTIER (P.)
Biochimie médicale.....	GOELLARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale.....	LEFFEL (L.)
Chirurgie.....	CLERBONNET (G.)
Hématologie.....	BILSKI-PASQUIER (G.)
	Maladies infectieuses.....DUPONT (V.)
	Neuro-psychiatrie.....TARDIEU (G.)
	Pédiatrie.....ROSSIEUR (A.)
	Physique médicale.....COURSACET (J.)
	GRENY (F.)
	Physiologie.....GIRARD (Fr.)
	Stomatologie...CHLPUT (Mme A.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.) s.ch.
Pathologie chirurgicale..	RUDLER (J.) s;ch.

IV. - PROFESSEUR ASSOCIES

Hormonologie.....	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique.....	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté.....	M. LEMA (J.)
Conseiller administratif.....	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la	
Médecine.....	Mr. Le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.....	(Melle DUMAITRE (P.)
	) LAURENT (H.)
	(: (G.)
Bibliothécaires.....	(Mmes CONTET (J.)
	) FORGET (F.)
	(MElles DUROZOY (M.-F.)
	) ROBERGE (D.)
	(Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation in improbation.

-:-:-:-:-

A ma Femme.

A mon Fils.

A Monsieur le Professeur J. MARIE

Nous le remercions d'avoir accepté la Présidence
de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver, ici, le témoignage
de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur M. KAPLAN

Médecin des Hôpitaux.

Votre recherche permanente du contact humain,
votre enthousiasme, et votre soif de connaître,
resteront pour nous un exemple.

Vous nous avez inspiré et confié ce travail:
puisse-t-il traduire, modestement, notre admira-
tion et notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. STRAUS

Assistant des Hôpitaux.

Vous nous avez fait découvrir l'immense tâche
Médico-sociale restant à accomplir.

Vous nous avez guidé, au cours de la réalisation
de ce travail, avec une bienveillance dont nous
sommes touchés.

Que ce travail soit le témoignage de notre grati-
tude et de notre respectueuse amitié.

A Mademoiselle le Docteur R. GRUMBACH

Assistant des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur H. MATHIEU

A Monsieur le Docteur A. FISCHGRUND

Assistant des Hôpitaux.

En témoignage de mon respect.

A Monsieur le Professeur G. LAURENCE

Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur J. WEILL

Médecin des Hôpitaux.

Vous nous avez favorisé l'étude de vos dossiers:
en témoignage de toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur D. PROT

~~Electro~~-Radiologiste des Hôpitaux.

Vous nous avez conseillé dans l'étude de nos
dossiers radiologiques: en témoignage de notre
reconnaissance.

A nos Maîtres de l'Externat:

Monsieur le Professeur P. DENOIX

Monsieur le Docteur J. HEPP

Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur J. LOEPER

Monsieur le Docteur G. ALBOT

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur M. CACHIN

Monsieur le Professeur P. MORIN

Monsieur le Professeur Y. BOUVRAIN

Monsieur le Docteur M. KAPLAN

Médecin des Hôpitaux.

En témoignage de notre respect et de
notre gratitude.

A Monsieur le Professeur F.P. MERKLEN

Vous nous avez ouvert les portes de votre laboratoire de pathologie expérimentale:

Votre sollicitude fut constante.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur J. LOEPER

Votre constante bienveillance, votre souci du contact humain, votre indulgence à notre égard au cours de nos premiers balbutiements de technique expérimentale, font que nous serons toujours fier et heureux d'avoir été votre élève. En témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé H. WARGON

A Mademoiselle le Docteur C. FORESTIER

A Mademoiselle J. LOEPER

A Mademoiselle M-C. SOLIER

En témoignage de notre collaboration.

Aux Médecins à qui je dois beaucoup:

A Monsieur le Docteur L. BOUCCARA

Vous nous avez mené à l'Externat.

Vous nous avez enseigné à l'hôpital.

Vous nous avez assisté à des moments difficiles.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre
respectueuse mais sincère amitié.

Au Docteur et à Madame R. ENTEN

Dynamisme, équilibre, curiosité d'esprit, rigueur
morale, modestie: nous sommes heureux de pouvoir
leur témoigner notre bien sincère affection.

A TOUS CEUX ET A TOUTES CELLES

qui nous ont aidé et conseillé au cours de ce travail:

A Monsieur le Commissaire LEFEUVRE

Nous avons toujours trouvé auprès de lui chaleur
d'accueil, soutien et conseils avisés.

En témoignage de notre gratitude.

A Mesdames les Assistantes Sociales de la Brigade des Mineurs,
et en particulier à

Mademoiselle RIEDER

Mademoiselle DEVAUX

Leur compétence, leur amabilité nous ont permis
de réunir une importante documentation.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Mesdames les Assistantes Sociales de l'Hôpital Bretonneau

Elles nous ont donné de leur temps et de leur
peine, pour nous permettre de posséder des en-
quêtes sociales précises.

Nous les assurons de notre reconnaissance.

A Mesdames les Surveillantes

A Mesdames les Infirmières

A Mesdames les Secrétaires

de l'Hôpital Bretonneau

En remerciement de leur accueil toujours souriant.

A ma Mère.

A mon Beau-Père.

A mes Frères, Soeurs, Beaux-Frères et Belles-Soeurs.

A mes neveux, à mes Nièces.

A ma Famille.

A mes Amis.

"SYNDROME DE L'ENFANT MALTRAITE"

A propos de 46 observations.

H I S T O R I Q U E

Exception faite des descriptions purement Médico-légales de Tardieu en 1879, puis de Parisot et Caussade en 1929. IL faut pratiquement attendre l'année 1946, pour que les Médecins se penchent sur le problème du diagnostic des Services à Enfants.

A partir de cette date, en effet, de nombreux Médecins aux Etats Unis, en Grande Bretagne comme en France s'étonnent que certains Hématomes sous duraux, certaines fractures, certains signes dermatologiques ne trouvent pas d'explication ;

Certains auteurs envisageront l'hypothèse la plus simple : le traumatisme, alors que d'autres rechercheront des explications plus élaborées.

Nous allons voir que l'unanimité ne se fit pas rapidement autour d'une des explications données, et pour faciliter la compréhension de l'évolution des idées, nous scinderons notre historique en deux parties.

I - PRINCIPALES PUBLICATIONS ANGLO-SAXONNES.

- J. CAFFEY, en 1946, est le premier à se dire intrigué par la fréquente association, chez l'enfant de fractures à des hématomes sous duraux. Et, s'appuyant sur 6 observations, il décrit certaines particularités de fractures :

- Ces fractures intéressent rarement les os plats et ne s'accompagnent pas d'anomalie osseuse pouvant expliquer les lésions.

- existence fréquente de larges hémorragies sous périostées , sans aucun signe de scorbut.

- existence de décollements périostés comme on les rencontre dans certains traumatismes CONNUS de l'enfant.

- existence de nombreuses fractures diaphysaires.

- existence d'un simple décollement périosté lorsque il n'existe pas de trait de fracture.

- la découverte de l'hématome sous dural précède souvent celles des fractures, celles-ci n'étant parfois même découvertes qu'au cours d'une hospitalisation ultérieure : l'Enfant ayant été rendu à ses Parents entre temps, ceci "soulève la question des mauvais traitements à Enfants" écrit Caffey.

Tout comme pour l'hématome sous dural, l'Autour pense que "les fractures semblent bien d'origine traumatique, mais les épisodes traumatiques et le MECANISME CAUSAL paraissent obscurs."

- F.D. INGRAHAM, en 1949, étudiant les étiologies des hématomes sous duraux, accorde ~~aux~~ traumatismes post-nataux une importance particulière ; le choc sur la tête est indubitablement le facteur le plus important : cette étiologie se retrouve effectivement dans 20% de ses 169 observations.

- F.N. SILVERMAN, en 1953, insiste sur le fait que les lésions traumatiques ne se traduisent pas toujours par des signes de fracture nette ; souvent le traumatisme causal est passé inaperçu du Gardien, ou connu mais inavoué ; les radiographies sont ainsi faites tardivement, et donnent des images de diagnostic difficile.

Et s'appuyant sur 3 observations de fractures chez des

enfants, sans notion de traumatisme antérieur, l'auteur décrit les caractères de ces fractures : associations diverses de :

- fractures en voie de guérison
- fractures métaphysaires
- formation d'os sous périoste, qui n'apparaît souvent qu'un certain temps après l'examen radiologique initial, celui-ci souvent strictement NORMAL.

Mais l'Auteur va plus loin : la découverte de ces images suspectes, l'a amené à reprendre l'interrogatoire des Gardiens de ces enfants et à "obtenir ainsi secondairement des explications traumatiques variées jusqu'alors inavouées".

- F.V. WOOLEY, en 1955, s'interroge : "y a-t-il une raison valable de séparer des similitudes cliniques et radiologiques en 2 groupes, en raison de la présence ou de l'absence d'une histoire traumatique"?

Pour répondre à cette question, WOOLEY s'appuie sur des observations d'enfants entrés pour des fractures traumatiques, et d'enfants entrés avec les mêmes lésions radiologiques sans notion de trauma.

L'Auteur ne constate jamais de différences radiologiques, mais l'interrogatoire lui permet de distinguer :

- trauma reconnu de suite : c'est l'accident banal.
- trauma reconnu après interrogatoire difficile : l'environnement de l'enfant est en général défectueux.
- trauma non avoué ; il s'agit alors "d'une agression non contrôlée à l'égard de l'enfant par un comportement psychologique anormal de ceux qui en ont la charge."

Ainsi, par analogie, peut-on rattacher même en l'absence

d'aveux, certaines images radiologiques à leur véritable cause ; le traumatisme.

- 1957 : J. CAPTEY, insiste à nouveau : "tous les Médecins doivent être avertis à ce sujet" écrit-il, "et doivent considérer l'étiologie traumatique comme hautement probable chaque fois qu'une découverte clinique ne peut pas facilement s'expliquer par une autre origine, en particulier dans le gonflement douloureux des extrémités."

Et cet Auteur décrit à nouveau les aspects radiologiques qui doivent faire suspecter une étiologie traumatique :

- irrégularité, empatement, élargissement des métaphyses.
- fragment métaphysaire presque entièrement ou entièrement séparé de la diaphyse, au moment du traumatisme, et, dans ce cas visible de suite à la radiographie.
- Épaississement cortical diaphysaire ; n'est visible le plus souvent que 8 à 14 jours après le traumatisme, : l'hyperostose est le plus souvent plus épaisse près des extrémités, mais peut s'étendre sur toute la hauteur de la diaphyse ; Elle est de forme grossière, à bords irréguliers contrairement aux hyperostoses par trauma obstétrical, dont les bords sont réguliers.

Et CAPTEY termine son article par une explication anatomo-pathologique du mécanisme des ossifications sous périostées (périoste faiblement arrimé par les fibres de Sharpey à la diaphyse, donc facilement "détachable" par des mouvements de traction ou de torsion qui provoquent une hémorragie sous périoste se calcifiant secondairement.)

- 1960 : L. ADLSON, étudiant 46 observations d'Enfants

décédés du fait de traumatismes, cite les circonstances de la mort. Les causes des décès, mettant en relief une cause particulière aux jeunes Enfants : l'atrepisie par privation d'aliments.

Dans sa discussion, l'Auteur insiste sur le fait que, souvent, le Médecin ne songe pas au traumatisme d'emblée, que le diagnostic hésite un peu, que souvent l'Enfant meurt et que ce n'est qu'à l'autopsie que la notion de traumatisme peut être affirmée. Et il conclut en recommandant de "toujours faire une autopsie et une enquête policière."

-1962 : G.H. KEMP, F.W. SILVERMAN et Coll :

Ces Auteurs publient une étude d'une importance capitale : "the battered child syndrome", étude faite d'après plus de 700 observations.

Ces Auteurs affirment d'EMBLÉE, que ce syndrome des Enfants battus "doit être systématiquement envisagé chez un enfant présentant une fracture, ou des hématomes, ou une mort subite, ou lorsque l'importance ou le type de fracture ou de lésions est sans rapport avec l'histoire du trauma invoqué."

Suivent alors des précisions sur les éléments cliniques et para cliniques permettant d'aboutir au diagnostic :

- Eléments cliniques évocateurs :

- : Dissociation entre les constatations cliniques et l'interrogatoire des Parents.
- : Importance de la non apparition de nouvelles lésions au cours du séjour hospitalier.
- : Intérêt de chercher à préciser la nature de la famille : alcoolisme, débilité, ménages instables passé juridique, déni véhément de tout traumatisme.

- Eléments radiologiques évocateurs

KEMPE écrit que : "pour le Médecin informé, les lésions osseuses racontent une histoire que l'enfant est trop jeune ou trop effrayé pour raconter".

Cette phrase imagée mais sans équivoque s'accompagne de la description des principaux caractères radiologiques ; ces caractères sont du reste superposables à ceux primitivement décrits par CAFFEY et SILVERMAN.

Et, comme ce dernier, KEMPE insiste sur l'importance d'un interrogatoire bien conduit : il donne même, une technique d'interrogatoire.

Enfin, après un court chapitre de diagnostic différentiel, il termine en émettant le vœu que, devant de tels cas, la Police ou les services de protection de l'Enfance soient avertis par le Médecin.

- 1963 : K. BAIN, rendant compte d'un symposium sur l'enfant battu, s'étonne du fréquent mutisme Médical : sur 180 enfants victimes de sévices, 30% furent examinés par des Médecins, 9% seulement de ceux-ci furent signalés aux Autorités responsables.

Plusieurs passages importants sont à souligner :

- Les raisons de l'abstention Médicale : soit parce que le diagnostic n'est pas posé, soit en raison de l'absence de conscience sociale de la part du Médecin
- Les arguments en faveur de l'intervention Médicale : "la suspicion de mauvais traitements est une URGENCE Médicale et sociale : il faut avant tout protéger l'Enfant".

Et transmettant les vœux du symposium, K. BAIN conclut :

"Tout Médecin voyant des Enfants doit développer un haut degré de suspicion sur les traumatismes négligés possibles. Identifier l'Enfant victime de sévices avant qu'il ne soit physiquement et émotionnellement ruiné a été jusqu'ici difficile ; le rôle du Médecin est certainement crucial."

L'année 1963, verra d'autres publications, qui insisteront sur le rôle du Médecin, et sur les caractères psychologiques et sociaux de l'environnement de tels Enfants.

- V. FOWLER et M.A. HARPER, citant la conférence du "Children's bureau" (conférence réunissant Médecins, travailleurs sociaux et juristes) concluent à la nécessité pour le Médecin de parler, et à la nécessité de modifier les lois en vigueur afin que celui-ci soit dans l'obligation de le faire.

- D. GRIFFITHS, rapportant 6 observations d'Enfants hospitalisés pour gonflement et douleurs d'un membre sans notion de traumatisme, fait sur les données cliniques et surtout radiologiques le diagnostic de mauvais traitements et dit que le devoir Médical est de reconnaître le syndrome et de le déclarer à la Police.

- Th. MAC HENRY, étudiant 50 cas de traumatismes osseux multiples, confirme, lui aussi combien il est difficile de ne pas se laisser abuser au début par des diagnostics compliqués. Mais cet Auteur insiste sur un aspect important du problème des Enfants Battus :

"L'important, écrit-il, n'est pas d'apprécier le type et la distribution des fractures pour faire un pronostic, mais d'apprécier l'aspect social et psychologique du milieu."

Et Mc HENRY relève certaines caractéristiques des familles :

- antécédents de violence ayant déjà conduit à des sanctions pénales, ou éthylisme avéré.
- manque d'anxiété ou de remords de la part des Parents.
- instabilité ou mésentente conjugale.
- Parents ayant eux-mêmes été victimes de brutalités durant leur enfance.
- débilité mentale, pauvreté, mauvais logements.

- 1964, M.D. FONTANA et J. VINCENT, insistent dans leur étude, sur les principaux critères cliniques et SOULIAUX, permettant de poser le diagnostic de "syndrome de l'Enfant maltraité". Nous mettrons surtout en relief les principaux motifs de suspicion Ce sont :

- enfant de moins de 3 ans.
- état général impliquant un manque de soins.
- distribution caractéristique des fractures.
- importance disproportionnée des lésions cutanées.
- traumatismes à des âges différents et à des stades différents de réparation.
- cause imprécise du traumatisme récent.
- histoire familiale suspecte.
- épisodes antérieurs similaires.
- absence de nouvelles lésions pendant le séjour hospitalier.

- 1965 : Nouvelle publication de J. CAFFEY :

Nous avons vu combien l'apport de cet Auteur fut décisif dans le rattachement de certaines images radiologiques à leur origine traumatique.

Dans cette publication, CAFFEY tient à apporter 2 précisions importantes :

1° - En l'absence de fractures,

2 signes sont pathognomoniques de traumatismes :

- l'arrachement métaphysaire.
- le décollement périosté.

et il écrit : "Ceci ne prouve QUE l'existence de traumatismes subi par l'enfant, mais naturellement pas les CONDITIONS de survenue du traumatisme ni son auteur."

2° - CAFEY, insiste également, non sans raison, sur le fait que "le nombre d'Enfants battus est faible en regard du nombre d'Enfants ayant subi des traumatismes inavoués et méconnus des Parents dont sont en fait responsables des Etrangers ou d'autres membre de la famille".

La conclusion de J. CAFEY, empreinte de sagesse et pondération est d'une grande portée pratique : "Je pense, écrit-il, qu'il est ABUSIF de demander aux Pédiatres la dénonciation des Enfants ayant subi des traumatismes inavoués."

Pour mettre un terme à cette revue volontairement incomplète de la bibliographie Anglo-Saxonne, nous tenons à signaler deux intéressantes publications, qui, pour la première fois, étudiaient de façon plus approfondie les aspects psychologiques et psycho-sociaux des Traumatismes à Enfants.

- Richard GOLDSTON, en 1965, décrit le comportement hospitalier de l'Enfant victime de sévices.

CE comportement peut-être très évocateur ; l'enfant effrayé devant tout contact, essayant de se blottir et de se protéger sous ses couvertures.

Mais il peut être tout à fait neutre : l'enfant apathique

restant assis ou couché sans bouger, indifférent à toutes les sollicitations extérieures.

Sous l'influence d'un "maternage" offrant un maximum de contacts sécurisants, l'Enfant s'extériorisera progressivement, et l'on peut dans certains cas trouver un véritable "hospitalisme inversé."

R. GOLDSTON, évoque alors l'aspect psycho-social des Parents : souvent jeunes, ayant souvent des ressources modestes ; et il insiste sur l'importance des termes employés par les Parents à l'égard de leur Enfant : l'Auteur dit que les Parents affirment ainsi leur comportement psycho-pathologique.

- M. COHEN et Coll., en 1966

au terme d'une étude psychiatrique ayant porté sur 12 Parents coupables de mauvais traitements sur leurs Enfants, constatent :

- l'absence de troubles mentaux majeurs, mais l'existence d'une immaturité affective avec des tendances égoconcentriques et narcissiques.
- la fréquence des réactions impulsives et agressives lorsque les désirs ne sont pas réalisés.
- l'incapacité des Parents d'assumer leur rôle en raison de leur immaturité affective, et leur incapacité de sacrifier leurs propres désirs à ceux de leur famille.

II - PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

- J. MARIE, en 1954, étudie 10 observations d'hématomes

sous-duraux du nourrisson, associés à des fractures des membres. Présentant une observation personnelle, et reprenant certaines publications étrangères, en particulier Anglo-Saxonnes, L'Auteur commente surtout le diagnostic étiologique. Il met l'accent sur la fréquence de l'étiologie traumatique dans les hématomes sous duraux, tout en reconnaissant que la preuve n'est jamais faite. Et, envisageant quelques autres étiologies possibles, J. MARIE conclut en parlant "d'obscurité étiologique".

- M. LEMONG et Coll, en 1955, fait une étude précise et complète (portant sur 31 cas) de l'hématome sous-dural chronique du Nourrisson.

Ne retenons, dans l'optique qui nous intéresse, que le chapitre du diagnostic différentiel.

- Le trauma obstétrical est certain dans 4 cas.
- Il s'avère vraisemblable dans 4 autres cas.
- Le trauma PCST-NAT L'avéré n'a jamais été retrouvé.

Et l'Auteur de conclure :

"L'hématome sous-dural apparaît donc le plus souvent comme une affection cliniquement primitive, c'est-à-dire SANS ETIOLOGIE CONNUE. Retenons, cependant, la fréquence de la maladie chez les Enfants provenant d'un milieu social déshérité, chez les Enfants soumis à des conditions d'élevage artificiel, en nourrice, privés du soin de la Mère : ce qui explique peut-être les infections répétées, l'état de malnutrition, et les polycaroncés qu'ils présentent".

- Mrs. VERG R. GUIGNARD, en 1959, décrivent un cas d'hématome sous-dural associé à des fractures de côtes chez un Pré-maturé.

Aucune notion de traumatisme n'est retrouvée.

Le problème est donc, une fois encore, celui du diagnostic étiologique :

"Aucune explication satisfaisante n'a été donnée jusqu'à ce jour de cette curieuse association, qui semble apporter la preuve chez certains Nouveaux-nés, d'une fragilité anormale de diverses formations d'origine mésenchymateuse, parois vasculaires et tissu osseux".

- R. JOSEPH et Coll., en 1960, présentent 2 observations de fractures multiples du Nourrisson. Ils concluent :

"Le syndrome de fractures, sans dysmorphie osseuse, remarquable par la discrétion des signes cliniques, et l'importance des altérations radiologiques portant sur les métaphyses des os longs, n'a pas de substrat étiologique, physiologique ou biologique. On est conduit à éliminer l'éventualité d'un traumatisme, et à admettre qu'une fragilité osseuse particulière existe dans certains cas, et en particulier dans les nôtres".

- P. JOSEPH-RAND et Coll., rapportent en 1960, le cas d'un hématome sous-dural associé à une fracture de membre chez un Nourrisson.

Se référant aux Auteurs qui, devant de tels cas, évoquent le diagnostic de traumatisme, P. JOSEPH-RAND, pense qu'il "faudrait admettre que les Nourrissons soient victimes de sévices graves et répétés : ce qui ne peut être valablement retenu dans la plupart des cas ; il faut donc envisager d'autres hypothèses".

Hypothèses émises sur l'étiologie des fractures et de l'hématome :

- Etiologie traumatique commune.
carence vitaminique.
- Responsabilité de lésions neurologiques intra-crânienne.
- Altération mésenchymateuse responsable de fragilité vasculaire et osseuse.

- M.R. KLEIN, en 1964, présente 88 cas de Nourrissons opérés d'un hématome sous dural.

L'Auteur ne parle dans cet article, QUE des hématomes non traumatiques, dits SPONTANÉS.

Au chapitre étiologique, celui-ci remarque que l'hématome complique le plus souvent un état de déficience, de misère physiologique : il se rencontre ainsi souvent chez des Enfants MAL TENUS, mal nourris.

- 1965, J. LEBVRET, G. D BRUN.

Rapportent 16 cas de lésions métaphyso-diaphysaires diffuses, semblent entrer dans le cadre de la Périostite dite "traumatique". Ces Auteurs font une description des images radiologiques corroborant les descriptions faites par J. CAFFEY.

Ils insistent, avec raison, sur le fait que ces fractures évoluent favorablement et normalement, cependant que, durant son séjour hospitalier, l'état général de l'Enfant s'améliore.

Quant à l'étiologie de ces fractures, la discussion reste ouverte "dans la plupart des cas, écrivent-ils, la notion de traumatisme peut être retrouvée, il reste des cas, où force est une fragilité osseuse idiopathique".

- L. HOULLEMARE, en 1966, "à propos des Sévices à Enfants", s'appuyant sur quelques observations personnelles, il met en relief trois signes importants :

- : Les signes osseux.
- : Les signes cutanéomuqueux.
- : Le comportement de l'Enfant.

L'Auteur met en outre en garde, et à juste titre, contre une trop grande crédibilité de la part des Enquêteurs, et termine en précisant le rôle et les attributions du Juge des Enfants.

- 1966, N. NEIMANN et Coll., publie les considérations étiologiques sur les hématomes sous-duraux chroniques du Nourrisson.

Notons, du reste, que cet Auteur publia en 1957, 1958, et 1965 des articles cherchant à faire admettre progressivement la notion des traumatisme, en France.

Se penchant sur les statistiques des causes d'hématomes sous-duraux, N. NEIMANN écrit :

"De toute manière, quel que soit l'Auteur de la statistique, c'est l'hématome idionathique, avec d'enquêtes étiologiques incomplètes ou infructueuses, qui tient la plus belle place, suivi de loin par l'hématome sous-dural déterminé par le traumatisme obstétrical."

Et cet Auteur fait, plus loin, une remarque pleine de bons sens et de sagesse : traitant du cas des Enfants pouvant se traumatiser eux-mêmes, il écrit :

"Une question se pose aussitôt : un traumatisme suffisamment violent pour provoquer une rupture vasculaire à l'intérieur du crâne, ne passe pas volontiers inaperçu : des Parents attentifs et soucieux de la santé de leur Enfant doivent s'en souvenir : il

doit laisser des marques ; pourquoi la Famille n'en ferait-elle pas mention spontanément à l'interrogatoire, rendant ainsi le diagnostic plus aisé ?".

Passant en revue et critiquant les diverses étiologies possibles, N. NEIMANN insiste sur les éléments orientant le diagnostic vers une origine traumatique ; aspect et comportement de l'Enfant, les syndromes associés (fractures...) et enfin les arguments tirés de l'enquête sociale.

- Mars 1967, P. MAROTEAUX et Col.

Publient un article, le premier sur ce sujet en France, sur "les séquelles du syndrome de SILVERMAN"

Cet Auteur parle ainsi des séquelles :

- : Osseuses
- : Bucco-dentaires
- : Oculaires, caractérisés par une plage lacunaire grisâtre du secteur temporal du champ rétinien.

L'utilisation trop limitative, à notre avis, du terme de syndrome de "SILVERMAN" risque de détourner l'attention du Médecin du problème principal : celui de l'enfant victime de son entourage.

En Juin 1967, deux équipes médicales s'intéressent simultanément à ce problème.

- Juin 1967 : D. REBOUILLE, élève de Monsieur le Professeur N. NEIMANN, publie sa thèse :

"Les Jeunes Enfants victimes des sévices corporels".

L'évènement est d'importance : n'est-ce pas le premier ouvrage entièrement consacré à ce sujet, paraissant dans un pays qui, nous l'avons vu, n'a pas semblé jusque-là, accorder grand crédit à la notion de traumatisme devant les manifestations cliniques et radiologiques variées présentées par ces Enfants.

Ce travail remarquable commence par définir la notion de sévices à Enfants, puis s'attache à décrire les différents cliniques, radiologiques, voire biologiques qui contribuent à donner sa personnalité à ce syndrome. Cette analyse se base sur l'étude de 79 dossiers concernant des sévices physiques certains.

L'Auteur s'attache ensuite à la description de l'aspect psychologique et social :

- : Caractéristiques psycho-sociales de l'Enfant maltraité (état physique et mental, situation socio-juridique)
- : Contexte psycho-social des responsables des sévices (antécédents sociaux, conditions familiales, santé mentale, milieu socio-professionnel).

Enfin, D. RABOUILLE, développe les aspects juridiques du problème, s'attachant à mieux faire connaître aux profanes que nous pouvons être :

- : L'organisation actuelle de la Protection de l'Enfance
- : Les éléments provoquant l'intervention de la justice insistant tout particulièrement sur le rôle primordial et combien délicat du Juge des Enfants.

-- Juin 1967, les Docteurs STRAUS, PROT, LIVCHITZ,
KAPLAN et nous-même.

Dans une communication à la Société française de

Pédiatrie, puis dans une exposition scientifique présentée au 21ème Congrès de Pédiatres de langue Française, décrivons les principaux caractères cliniques et radiologiques du "Syndrome de l'Enfant maltraité" à propos de 40 observations recueillies à l'hôpital Broctonneau entre 1960 - 1967, et précisons les investigations psychologiques et sociales qui s'imposent dans de tels cas pour assurer le diagnostic.

Octobre 1967, A. FABRE et J. CANT,

publient 5 observations de fractures multiples, chez l'Enfant et les rattachent au syndrome des Enfants maltraités. Ces Auteurs décrivent les caractères radiologiques permettant de rattacher ces fractures à la notion de traumatisme.

Il insistent sur l'importance de l'interrogatoire médical, et de l'enquête sociale qui, lorsqu'ils sont bien menés, doivent permettre dans la majorité des cas d'aboutir à une notion de traumatisme. Et, signalant la conduite à tenir en présence de tels cas, ces Auteurs n'en recommandent pas moins une grande prudence avant de déclencher l'appareil judiciaire.

Au terme de cet historique, soigneusement limité à un certain nombre de publications, 2 remarques s'imposent.

1° - L'existence d'un "Syndrome" de mauvais traitements à Enfants ne s'élabora, nous l'avons vu, que progressivement, sous l'impulsion particulière de CAFFEY, SILVERMAN, KEMP.

"L'acte de naissance" de ce syndrome une fois accepté, il fut décrit sous des appellations diverses :

- : syndrome de CAFFEY
- : syndrome de SILVERMAN
- : "Battered Child syndrome".

Nous avons vu ce qu' chacun de ces Auteurs a écrit : il nous paraît impropre d'utiliser les termes de syndrome de CAFFEY ou de SILVERMAN, car ils sont limitatifs ; ils s'appliquent :

- Soit à la coexistence d'un hématome sous-dural et de fractures, dont l'origine traumatique est reconnue sur les images radiologiques.

- Soit à l'association de fractures d'âges différents, présentant les caractères radiologiques traumatiques, et dont un interrogatoire minutieux obtient secondairement la confirmation.

Il nous paraît préférable de parler après FONTANA, de "Syndrome de l'Enfant maltraité", moins limitatif, qui inclut les divers éléments cliniques, radiologiques et psycho-sociaux que l'on peut rencontrer chez de tels Enfants.

2° - Le seul examen médical pouvant permettre, dorénavant, la découverte de traumatismes jusqu'alors inavoués, et donc capables de se répéter impunément, éclaira le problème de la responsabilité médicale d'un jour nouveau.

Où se situe le devoir du Médecin : doit-il, comme de nombreux Auteurs Anglo-Saxons l'ont souhaité, "dénoncer" tout cas SUSPECT de traumatisme ? Ou doit-il, au contraire, restant fidèle à la règle du secret professionnel (Général et absolu), ne pas avertir les Autorités responsables ?

Une modification de la Législation en vigueur, visant à OBLIGER le Médecin à dénoncer les cas de sévices, fut maintes fois réclamée, et parfois obtenue : l'Etat d'Illinois, par exemple.

En France, 2 interventions récentes méritent d'être soulignées.

= Madame Thome Patenotre, Député de Seine et Oise à déposé, en 1966, un projet de loi, ayant pour objet

de compléter l'article 378 du code pénal.; ce projet vise à relever les Médecins du secret professionnel, en ce qui concerne les sévices à Enfants mineurs dont ils ont connaissance.

= En date du 20 Septembre 1967, Monsieur le Garde des Sceaux adresse une lettre au Président de l'Ordre National des Médecins.

Dans cette lettre, le Ministre transmet un voeu adopté par la "Fédération Nationale des comités de vigilance et d'action pour la protection de l'Enfance malheureuse".

Cet organisme estime que : "le secret professionnel doit céder, aux termes mêmes de l'article 378 du code pénal devant l'obligation qui incombe à tout Citoyen, en vertu de l'article 63, 1er alinéa du même code, d'intervenir pour faire cesser les crimes ou les délits contre l'intégrité corporelle dont il est témoin".

Le Ministre de la Justice conclut :

"afin de concilier les dispositions des articles 378 et 63 du code, je pense qu'il y aurait le plus grand intérêt à recommander aux Membres du Corps Médical constatant des sévices commis sur les Enfants, d'en rendre compte sans délai au Médecin agréé de la Protection Maternelle et Infantile de la circonscription intéressée, et au Médecin attaché de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, eux-mêmes tenus au secret professionnel, qui provoqueront alors toutes mesures appropriées..."

Et le bureau du Conseil National de l'Ordre estime que "la solution proposée par le Ministre est la meilleure".

INTRODUCTION

La lecture des publications Anglo-Saxonnes et Françaises nous avait vite convaincu qu'un diagnostic Médical de Mauvais Traitements était possible :

- : Car certains syndromes sont suspects en eux-mêmes.
- : Car une enquête Médico-Sociale bien menée doit permettre d'établir les circonstances de survenue des Sévices.
- : Car certains signes sont synonymes de traumatismes.

Mais, nous étions néanmoins convaincus que l'établissement d'un tel diagnostic devait se heurter à de nombreuses difficultés.

Désireux de savoir si, sur le plan Pratique, dans le cadre du recrutement hospitalier habituel, il est effectivement possible de passer d'une suspicion de mauvais traitements à une certitude, nous avons retenu un certain nombre de dossiers.

Sous l'impulsion de Monsieur le Professeur M. KAPLAN, et grâce à la compréhension de Messieurs les Professeurs LAURENCE et WEILL, nous avons dépouillé :

46 OBSERVATIONS d'Enfants hospitalisés à l'Hôpital Bretonneau.

Quelques précisions s'imposent au préalable.

- 1°) Nous parlons de "Mauvais traitements", de préférence à Sévices ou à Enfants battus ; cette expression nous semble plus représentative car moins limitative ; elle traduit, en effet, aussi bien les brutalités physiques que les négli-



gences graves et inavouées dont sont victimes ces Enfants de la part de leurs Parents ou des Personnes qui en ont la charge.

2°) Nous avons retenu ces dossiers :

- : Soit parce qu'ils étaient à priori suspects de mauvais traitements.
- : Soit parce que les syndromes médicaux qu'ils contenaient ne trouvaient aucune explication étiologique, et que ces syndromes apparaissaient, à la lumière des travaux récents, comme évocateurs de mauvais traitements.

3°) Notre choix fut double :

- : Rétrospectif : nous avons retenu des dossiers d'Enfants précédemment hospitalisés répondant aux critères signalés ci-dessus.
- : Contemporain : nous avons retenu tous les dossiers des Enfants hospitalisés pour des suspicions de sévices, alors que nous commencions cette étude.

4°) Les observations ainsi recueillies n'ont pas un caractère exhaustif et nous estimant probablement les manifestations cliniques non traumatiques (hypotrophies, dénutritions, carences, troubles du comportement).

Le rassemblement rétrospectif de nos observations ne pouvait en effet prendre pour critère que les manifestations traumatiques (fractures, ecchymoses, hématomes sous-duraux). Les troubles de l'état général, lorsqu'ils ne s'accompagnaient pas d'investigations précises sur les conditions de vie ne pouvant faire l'objet d'une étude secondaire valable et ne pouvant même pas être retrouvés dans l'ensemble des dossiers du service.

Nous avons ainsi réuni 46 observations s'étendant sur une période comprise entre 1960 et 1967.

GENERALITES.

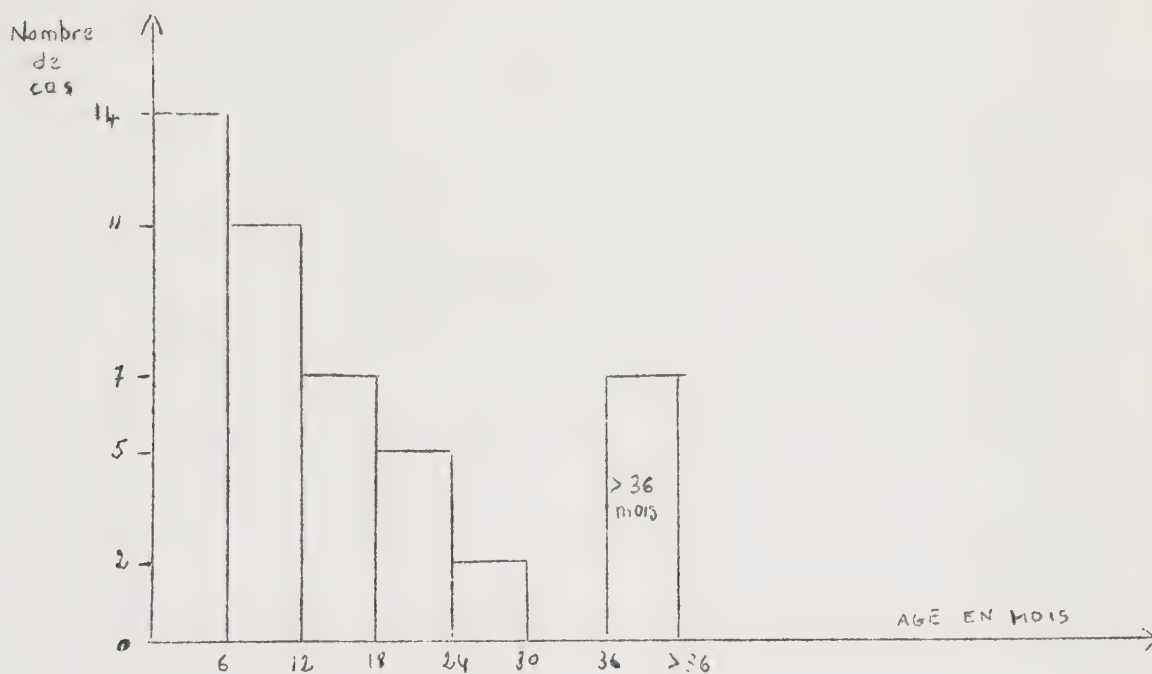
I - REPARTITION SELON LE SEXE.

- Nombre de Garçons : 22

- Nombre de Filles : 24

Il n'existe donc aucune prédominance de sexe.

II - REPARTITION SELON L'AGE.



Soit en résumé :

Enfants de :

- Moins de 1 an 25 aca (54% des cas.)
- 1 à 2 ans 12 cas (26% des cas.)
- Plus de 2 ans 9 cas (20% des cas.)

Cette constatation recoupe toutes celles effectuées par les Autours. La très forte proportion d'Enfants en très bas âge s'explique, à n'en pas douter, par le fait que ces Enfants sont dans l'incapacité ABSOLUE et de fuir, et de se plaindre.

La CLANDESTINITÉ des mauvais Traitements est donc extrêmement fréquente : le diagnostic médical n'en sera que plus difficile.

Nous avons cependant noté le cas d'une Enfant âgée de 4 ans 1/2 (observation N° 6) dont les accusations portées, après quelques jours d'hospitalisation, à l'encontre du Concubin vivant avec sa Mère, permirent d'orienter le diagnostic.

III - MOTIFS DE L'HOSPITALISATION.

Ne sont retenus ici que ceux qui ressortent de la lettre du médecin traitant ou des renseignements recueillis à l'entrée par l'interne de garde.

Nous avons schématiquement regroupé ces motifs en 2 catégories suivant qu'ils permettent d'évoquer d'emblée l'existence ou non de mauvais traitements :

A) - Motifs évocateurs d'emblée.

- Un traumatisme est d'emblée évoqué : 5 cas.

Obs. N° 1 : AK...Y...; âgée de 22 mois ; entre dans le service pour "traumatisme et contusions multiples, la Socur l'a jetée du lit à 3 heures du matin.

- Notion de coups : 4 cas.

Obs. N° 4 : BA...S...; 11 mois ; entre pour "coups sur la face, donnés par le Père, et ayant entraîné des hématomes".

- Abandon ou manque de soins : 4 cas.

Obs. N° 32 ; L...I...; 21 mois. "Enfant amenée par le Commissariat de Police, car trouvée seule dans une chambre où elle semblait abandonnée depuis plusieurs jours."

- Suspicion de sévices : 2 cas.

Obs. N° 10 : BI... Th...; 15 mois. "Suspicion de coups chez la Nourrice ; Enfant pleurant sans cesse."

- Fractures multiples : 1 cas.

Obs. N° 34 : MA...F...; 3mois entre pour "impotence et douleur du membre supérieur gauche".

B) - Motifs NON évocateurs.

- Convulsions : 9 cas.

Obs. N° 3 : AM... M...; 6 mois 1/2 "Soigné depuis 1 semaine pour bronchite. Hier, dans la nuit, crise convulsive avec perte de connaissance ; cet après-midi, nouvelle crise convulsive."

- Syndrome méningé : 6 cas.

Obs. N° 35 : MA... N...; 3 mois "Admettre pour syndrome méningé, raideur méningée, vomissements en jet, tension de la fontanelle, taches purpuriques.

- Tuméfaction d'un ou de plusieurs membres : 4 cas.

Obs. N° 15 : GH...M...; 21 mois. Entre dans le service car se plaint depuis 24 heures ; "présente une tuméfaction de cuisse, et semble t-il une impotence douloureuse".

- Ecchymoses ou hématomes : 4 cas

Obs. N° 7 : B...S...; 20 mois. "Enfant dénutri, couvert de bleus, rate palpable".

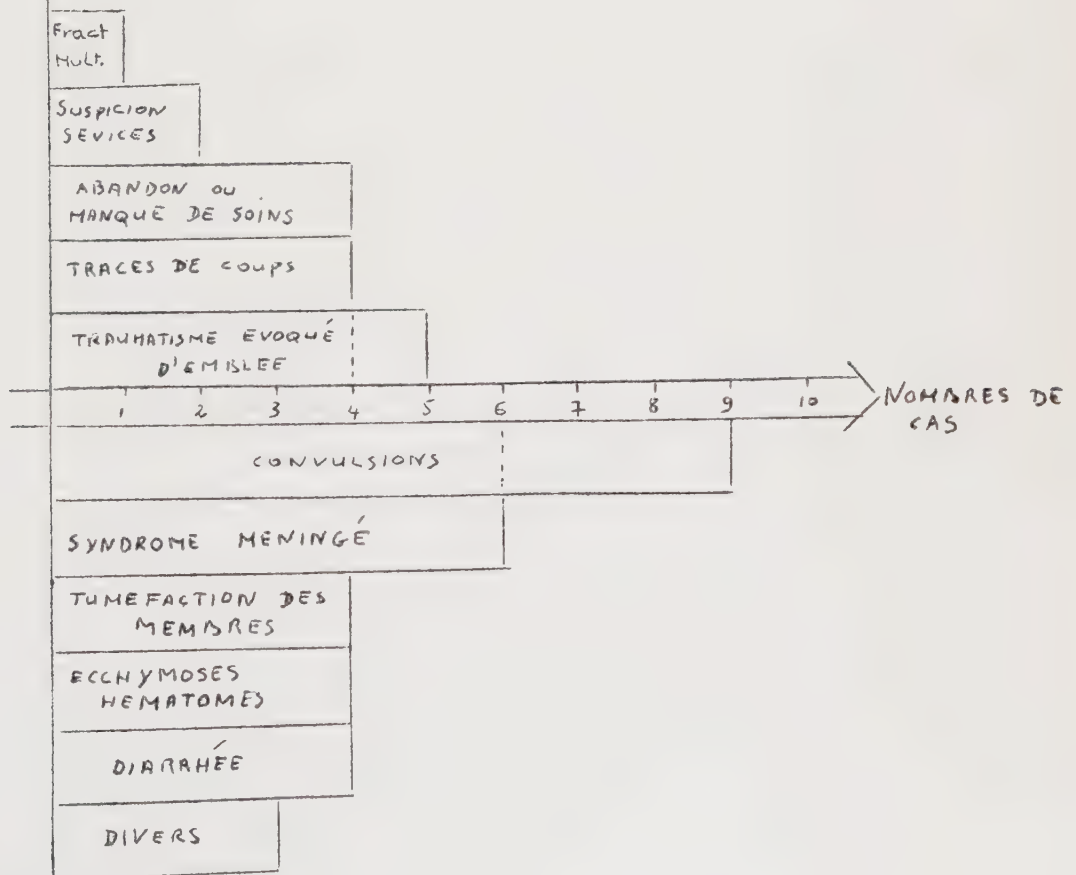
- Diarrhée : 4 cas

Obs. N° 28 : JO...C...; 4 mois. "Hospitaliser cet enfant qui présente une diarrhée importante, déshydratation, aspect fatigué, petite toux sèche."

- Causes diverses : 3 Cas. Hospitalisation pour :

- . Gêne respiratoire : Obs. N° 27.
- . Hypothermie : Obs. N° 42.
- . Abscès de la face : Obs N° 51.

MOTIFS
EVOQUEURS
(16 cas)



MOTIFS NON
EVOQUEURS
(30 cas)

Il est intéressant de constater que dans les 2/3 des cas les motifs de l'hospitalisation n'orientent pas d'emblée vers l'existence de mauvais traitements, et que dans 1/3 des cas, la symptomatologie est neurologique.

IV - LETTRE D'HOSPITALISATION

Dans 19 cas, le Médocin traitant accompagne son bon d'hospitalisation d'une lettre explicative.

Dans 3 de ces cas, seulement, le Médocin évoque la notion de traumatisme suspect :

Nous devons cependant préciser que dans un seul de ces 3 cas, le Médocin a écrit que l'Enfant portait des "traces de coups sur tout le corps", avant de prévenir des services de police.

Dans les 2 autres observations, la nature des termes employés permet d'imaginer la vérité, qui passera inaperçue à une lecture rapide :

- Obs. N°5 BA...J...; 3 ans 1/2.

"En garde, je vois cet Enfant qui vient de faire un malaise, aux dires des Parents. Au début de cette semaine, il a fait une chute sur la joue, et en garde une ecchymose de la joue et du front ; A l'examen, outre de nombreuses ecchymoses qui seraient dues à des chutes, je trouve une gorge infectée ulcérée... Je pense que la prudence veut que, étant donné ces signes suspects succédant à un trauma crânien, ce "Gosse" soit mis en observation..."

Les autres cas de mauvais traitements certains d'emblée, nous ont été adressés soit par police-secours, soit par des centres sociaux (deux de nos cas).

Nous constatons, à l'évidence, que le Corps Médical ne signale pratiquement jamais ouvertement (ni par écrit, ni par oral) les soupçons qui peuvent l'assaillir.

Cette constatation rappelle celle qui avait été faite au cours du Symposium sur le syndrome de "l'Enfant battu", réuni sous l'égide de l'Académie Américaine de Pédiatrie en 1961.

Et, rapportant certaines remarques faites alors, Mrs K. BAIN écrivait :

"Les causes de l'abstention médicale sont multiples :

- Diagnostic non fait.
- Refus de croire que des Enfants puissent être victimes
- Absence de conscience sociale du Médecin : "Je suis là pour traiter l'Enfant, je fais tout ce que je peux pour lui sur le plan médical, et c'est tout ce qu'il faut attendre de moi".
- Méconnaissance de ce qu'il faut faire".

Ces raisons nous semblent également valables en France ; mais il s'y ajoute la difficulté, pour le Médecin Praticien, de savoir comment concilier les impératifs des articles 63 et 378 du Code Pénal.

DONNEES DU PREMIER EXAMEN CLINIQUE HOSPITALIER.

I - PRINCIPAUX ELEMENTS RELEVES.

- Macchymoses : Découvertes 18 fois.

Obs. N° 6 : B13...S...; 4 ans 1/2.

"Macchymoses multiples du dos, de l'abdomen, des membres supérieurs, avec un pinçon de l'oreille droite".

- Hypotrophie : Entrent dans cette rubrique, les enfants dont le poids est inférieur d'un kilo par rapport au poids théorique fourni par les tables.

Elle est retrouvée dans 13 cas.

Obs. N° 40. OJ...S...; 3 ans

Cette enfant pèse à l'admission 7 kg400, alors que son poids théorique devrait être de 13 kgs.

- Douleurs, déformations, ou impotence d'un ou plusieurs membres. Sont retrouvés dans 9 de nos observations.

Obs. N° 3. déjà citée.

"Angulation anormale au niveau de l'avant-bras droit, qui n'aurait pas existé la veille, d'après les Parents".

- Signes neurologiques en foyer : 9 cas.

Obs. N° 45 ; R0...S...; âgé de 9 mois.

"Vient de faire une crise convulsive tonico-clonique. Etat de conscience médiocre ; déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté gauche sans asymétrie faciale, avec mydriase bilatérale symétrique. Réflexes normaux".

- Comportement particulier? Noté 8 fois.

Obs. N° 51 : VA...G...; 20 mois.

Enfant ne parlant pas, ne marchant pas, impassible, passif, mais l'œil aux aguets guettant le moindre des gestes.

- Hématomes. 7 fois.

Obs. N° 51. Déjà citée.

Face d'aspect "marbré", et énorme hématome de la nuque s'étendant surtout à gauche, évoquant le coup asséné sur la nuque avec une grande violence.

- Cicatrices ou plaies 7 fois.

Obs. N° 7. Déjà citée.

"Existence d'un élément pustuleux à la cuisse gauche avec une éraflure profonde ; 1 élément d'allure poignon à la face inférieure du gros orteil gauche."

- Réaction méningée. découverte 7 fois.

Obs. N° 20 ; DE...J...; 2 mois

"Tension de la fontanelle, raideur de la nuque très marquée, plafonnement du regard, hypothermie.

- Coma ou demi-coma. 5 cas.

Obs. N° 14. BR...D...; 12 mois.

"Enfant dans un coma profond, atone, en mydriase ; hypothermie à 35°5, respiration irrégulière et anarchique".

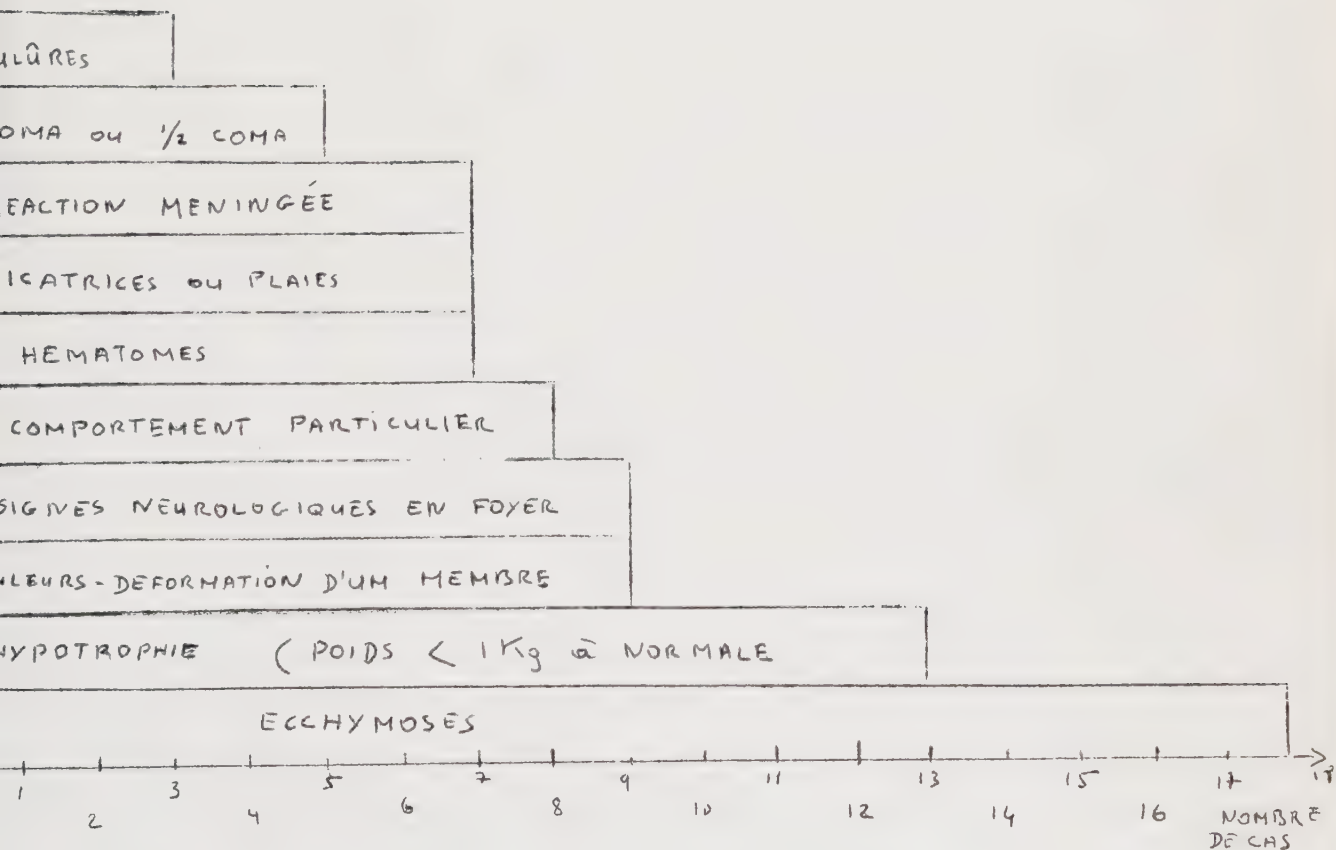
- Brûlures : 3 cas.

Obs. N° 5. déjà citée.

"Au niveau de la face antérieure des 2 avants bras

brûlure assez étendue de la surface d'une paume de main, ayant la forme d'une semelle de fer à repasser".

II - TABIEAU RECAPITULATIF.



III - COMMENTAIRES.

La comparaison entre les motifs de l'hospitalisation, et les découvertes de l'examen clinique, impliquent 2 remarques.

- L'examen découvre un nombre très important d'ecchymoses qui n'avaient pas été signalées au moment de l'admission. Lorsque ces ecchymoses sont secondaires à un traumatisme accidentel : il est permis de se demander, comme le fit du reste remarquer le Professeur N. IMANN, pour quelles raisons les Parents soucieux de la santé de leur enfant, ne signalent pas, d'emblée l'existence de cet accident ou de ces lésions, qui effectivement peuvent survenir dans des conditions parfaitement banales.

Lorsque ces lésions ecchymotiques sont tuées par les Parents : nous estimons que, au vu de nos dossiers, la suspicion de traumatismes DOIT être d'emblée évoquée.

- La fréquence de cas d'Enfants hypotrophiques, est remarquable ; non moins remarquable est l'ascension rapide de la courbe de poids sous l'influence de la seule hospitalisation et d'un régime alimentaire bien équilibré.

Cette ascension éliminant la suspicion d'une cause organique, et traduisant un syndrome de privation dont il faut trouver l'origine.

CLINIQUE.

En nous appuyant sur :

- les données de l'examen clinique initial,
- les résultats des examens de laboratoire .

Nous pouvons distinguer 4 grands syndromes :

- Les dénutritions aiguës.
- Les lésions tégumentaires.
- Les fractures.
- Les hématomes sous-duraux.

La recherche étiologique sera envisagée successivement pour chacun de ces 4 syndromes.

Elle se fondera sur :

- Les données des examens complémentaires pratiqués.
- Les données de l'enquête Médico-sociale
-(interrogatoire médical, renseignements fournis par l'Assistance Sociale hospitalière)-.
- La discussion des diagnostics différentiels.

I - LES DENUTRITIONS AIGUES.

Trois observations entrent dans cette catégorie.

a) Données des examens complémentaires.

Hormis une polynucléose modérée (23.000 et 25.000 polynucléaires) il n'existe AUCUN RESULTAT PATHOLOGIQUE.

Les radiographies faites n'ont apporté aucun renseignement.

b) Données de l'enquête médico-sociale.

- Les explications fournies à l'entrée sont réduites à leur plus simple expression dans 2 cas : (Obs. N°22 et 32).

Ces Enfants sont amenés par les services de Police, car découverts abandonnés dans une chambre.

Le troisième cas est plus particulier : (Obs. N° 49)
L'Enfant, âgé de 3 mois 1/2 est amené par sa Tante, parce qu'il présente depuis 4 jours, une diarrhée persistante. L'état de l'Enfant est alarmant, et devant l'étonnement manifesté par le Médecin, cette Femme explique que le petit malade lui fut confié un mois auparavant. La Maman ayant recommandé de ne rien faire sans la prévenir, la Tante chercha pendant plusieurs jours la Mère, mais en vain ; elle-ci avait disparu.

- Aucun antécédent pathologique remarquable n'est à signaler dans ces 3 observations.

- Situation psycho-sociale de la Mère

Dans ces 3 dossiers, la situation matrimoniale de ces Mères est perturbée ; l'une vit en concubinage, les 2 autres ont été mariées, ont quitté leur Mari, et vivent dorénavant en concubinage. Ces deux mêmes Femmes ont un passé juridique : déjà difficiles étant

enfants, plusieurs fugues entraînèrent leur placement dans des établissements spécialisés.

Deux de ces Mères, enfin, menaient une existence de demi prostituée.

- Situation psycho-sociale de l'Homme au foyer

(Nous parlerons toujours de l'homme au foyer, car celui-ci n'est pas toujours ni le Mari, ni le Père légal...)

Dans nos 3 observations, nous avons noté :

- Dans 1 cas n'est pas le Père de l'Enfant.
- Dans 1 cas, emprisonnement pour raison de Droit commun.

- Enquête de l'Assistante Sociale du service :

Celle-ci fut réduite au minimum, puisque dans 2 cas la Police mène l'enquête ; dans la 3^{ème} observation (N° 49) la disparition de la Mère d'emblée nécessite l'intervention de la Police.

c) Discussion

Il n'est pas question, dans ce chapitre des dénutritions aiguës, de discuter des diagnostics différentiels.

Le mode d'entrée de l'Enfant mettant d'emblée sur la voie du diagnostic.

Seul, le cas N° 49, déjà cité, aurait pu prêter à discussion ; cet Enfant, qui avait été mis à la garde de sa Tante, fut admis pour un syndrome dysentérique gravissime : la recherche vaine de la Mère pouvait expliquer qu'un certain retard ait été apporté ; cependant, l'aspect misérable, sale,

de cette Nourrice faisait penser à une négligence coupable de sa part : l'évolution nous en donna la preuve : ses propres Enfants étaient hospitalisés 2 jours plus tard, pour hypotrophie et dénutrition : leur Mère ayant été hospitalisée, ces Enfants étaient restés seuls dans l'appartement, nourris, grâce aux Voisins.

Ainsi donc, notre impression médicale de Négligences coupables se trouvait vérifiée par les faits.

II - LES LÉSIONS TÉGUMENTAIRES.

En dehors des stigmates de mauvaise hygiène tégumentaire (saloté, excoriation), signes très fréquemment constatés à l'arrivée de l'enfant, mais exceptionnellement notés dans les observations, nous en avons relevé 22 fois c'est-à-dire dans près de la moitié de nos observations.

A) Elles consistent avant tout en :

a - Ecchymoses relevées dans 18 observations.

- Leur siège : Elles peuvent siéger n'importe où, sur les membres, l'abdomen, le thorax, mais les localisations particulièrement évocatrices sont la FACE et le CUIR CHEVELU (13 de nos observations) pouvant intéresser les régions jugales, la nuque, les régions pariéto-temporales, le pavillon de l'oreille etc... Les régions LOMBAIRES et FESSIÈRES, le DOS sont également des lieux d'élection.
- associations : Elles peuvent représenter l'unique symptôme dermatologique ou s'accompagner d'autres lésions.

Hématomes (2 cas), stries linéaires évoquant des griffures (4 fois). Une association particulièrement significative comporte des ecchymoses de la face et une alopecie par plaques du cuir chevelu (3 observations)

b) - Hématomes

(7cas) de localisations variables, l'hématome du cuir chevelu devant faire rechercher une fracture du crâne (1 Obs.) ou s'associant à un hématome sous-dural (1 Obs)

c) - Brûlures

Dans nos observations, nous n'en relevons qu'un cas évident. (Obs. N° 5 : brûlures symétriques des deux avant bras dessinant l'extrémité d'un fer à repasser.)

Dans deux autres cas les brûlures sont probables mais non certaines. (Obs. N° 7 : lésions bourgeonnantes des 2ème phalanges des doigts évoquant des brûlures par cigarette.) - (Observation N° 51 : lésions circonscrite impétigineuse de la face évoquant le même diagnostic.)

B) L'examen clinique complet.

(Associé aux examens radiologiques.)

Met en évidence fréquemment une symptomatologie associée.

- Lésions tégumentaires associées à une dénutrition, à des troubles du comportement évocateurs (4 fois).
- Lésions tégumentaires associées à des hématomes sous-duraux (5 cas).
- Lésions tégumentaires associées à des fractures (9 cas.)

C) Diagnostic différentiel

Le caractère traumatique des lésions tégumentaires est loin d'être toujours évident.

Un double danger guette le praticien :

- Celui de prendre pour de mauvais traitements, ce qui n'est en fait que la traduction clinique d'un syndrome hématoLOGIQUE pathologique.
- Celui de croire, à priori, l'explication fournie à l'admission.

Il faut essentiellement éliminer.:

a) Une hémopathie.

Obs. 23 (mot de l'interno de garde : hémopathie.) Hématomes énormes de la face, radio du crâne : pas de fracture, a toujours fait des bleus très facilement). Le diagnostic s'éclairera par l'évolution, l'association à des fractures des membres, le contexte psycho social.

b) Un purpura thrombopénique.

Obs. 7 "enfant dénutri ; couvert de bleus, rate palpable."

c) Une méningococcémie.

Obs. 35 "hospitalisé pour syndrome méningé, vomissements en jet, tension de la fontanelle, taches purpuriques."

Il s'agit en fait d'un hématome sous-dural associé à des ecchymoses.

Le résultat des examens complémentaires : Numération Formule, étude de la crase sanguine, voire ponction sternale et hémoculture élimineront ces diagnostics.

d) L'alopécie.

Obs. 23 peut être considérée comme secondaire à une tricotillomanie.

e) Problèmes des lésions surinfectées.

Le danger est double :

- Considérer comme traumatique une lésion banale.
- Ne pas rattacher au traumatisme, les lésions modifiées par une surinfection secondaire.

Obs. n° 51 (déjà citée) Enfant de 20 mois hospitalisé pour un "abcès de la face". L'examen découvre, en fait, de multiples lésions tégumentaires, dont certaines présentent une forme évocatrice suspecte.

Il existe en particulier, à la pointe du menton, une lésion circulaire, à fond charnu, cernée par un bourrelet charnu de régénération, lésion recouverte en partie d'une croûte de surinfection. Cette lésion évoque fortement, par sa taille et son aspect, une brûlure de cigarette ; la confirmation étiologique de cette lésion ne fut jamais obtenue.

D) - Données de l'enquête Médico-Sociale.

a) Explications fournies à l'entrée.

- Celles-ci sont souvent parfaitement banales ; 4 cas.

Obs. N° 13 : BO...M.. 5 ans.

"La Mère dit que sa fille est fatiguée depuis 3 jours, qu'elle se plaint de ses jambes et à du mal à marcher, qu'elle est anorectique et insomniaque". Il est noté, dans le dossier, que l'enfant semble malheureux mais ne dit pas une parole.

- Une histoire de traumatisme accidentel est racontée dans 3 de nos observations.

Obs. N° 7 : déjà citée,

Les Parents racontent une histoire qui paraît d'emblée trop compliquée pour être véridique :

"L'Enfant a fait une chute il y a 4 jours ; n'a pas beaucoup saigné, mais bave depuis ; il s'est brûlé les doigts sur le poêle ; sa sœur l'a mordu ; de plus, se cogne partout la pièce étant petite".

- Dans 4 de ces observations de lésions tégumentaires, la notion de Sévices est envisagée dès l'interrogatoire.

Obs. N° 10 : déjà citée ; 15 mois.

L'Enfant est en Nourrice chez sa Marraine ; La Maman dit : "qu'elle a déjà constaté plusieurs fois, des traces de bleus en reprenant son Fils ; la veille, en allant le chercher, elle découvre des traces de coups, l'Enfant pleure et geint : il serait tombé sur une petite voiture en plastique, explique la Marraine".

- Il est important de noter que, dans 2 observations, les Parents accusent l'enfant de ne pas tenir debout, de tomber sans cesse ; ce qui explique les ecchymoses...

Obs. N° 23 ; déjà citée ;

"L'Enfant a fait une chute en jouant seule dans une pièce ; je l'ai retrouvée avec une tuméfaction de toute l'hémiface droite ; D'ailleurs, l'Enfant fait des hématomes pour le moindre traumatisme".

b) Antécédents notables de ces Enfants.

- ANTECEDENTS HOSPITALIERS SUSPECTS : nous les avons relevés dans 4 de ces observations.

Obs. N° 13, déjà citée.

Il s'agit de cet Enfant admis pour des douleurs articulaires et présentant des écchymoses.

L'étude de ses antécédents découvre 2 hospitalisations antérieures.

- La première pour une otite, mais l'hypotrophie importante est signalée. L'Enfant est rendu à sa Mère qui souhaitait un placement.
- La deuxième hospitalisation est motivée par une rhinopharyngite, mais il est insisté, dans le dossier, sur la grande hypotrophie, l'anorexie, la tricotillomanie et l'existence d'écchymose et de brûlures.

c) Situation psycho-sociale de la Mère.

Ce chapitre est important ; nous y trouvons un certain nombre de renseignements de valeur.

- Passé juridique : existe dans 2 cas, les motifs ayant été, dans les 2 cas, des fugues.

Obs. N° 33 : "La Mère de l'Enfant, orpheline de Père, a été élevée par une Grand-Mère. Ayant fait une fugue, elle fut placée par instruction du Juge des Enfants, dans un orphelinat de Saumur".

- L'Alcoolisme n'est retrouvé que dans 2 cas.

- Situation matrimoniale perturbée.

Il s'agit, en réalité du chapitre de plus important.

Elle est retrouvée 10 fois sur 13 observations.

L'examen des dossiers montre qu'il existe :

- . Mariée puis concubinage : 4 cas.
- . Concubinage puis mariage : 1 cas.
- . Concubinage : 2 cas.
- . Instance de divorce : 2 cas.
- . Remariage : 1 cas.

d) Situation psycho-sociale de l'Homme au foyer.

L'étude de ces 13 cas de lésions tégumentaires a permis de mettre en relief certains points importants :

- Profession : dans 3 cas, le "Mari" est en chômage non forcé.
- L'Homme au foyer n'est PAS le Père de l'Enfant : dans 5 de ces observations.
- L'existence d'un passé juridique est découverte dans 3 cas : peines de prison pour :
 - coups et blessures.
 - vols.
 - escroquerie.
- Alcoolisme : 2 cas.
- Arrêté ou recherché par la Police au moment de l'hospitalisation : 2 cas.

Il est à citer un cas particulièrement éloquent :

Obs. N° 5 (déjà citée), cas où l'Homme au foyer est chômeur alcoolique, pas le Père de l'Enfant, sorti

de prison, à nouveau interné au moment de l'hospitalisation...

e) Enquête de l'Assistante sociale hospitalière.

L'opinion, et l'aide, de l'Assistante hospitalière furent demandées pour 16 de nos 22 dossiers de lésions tégumentaires. 13 fois, cette enquête nous confirma dans nos doutes. Les renseignements ainsi obtenus confirmant certains détails déjà connus de nous, ou nous en fournissant de nouveaux.

Nous citerons quelques exemples.

- Obs. N° 7, déjà citée : la suspicion médicale se fondait sur la multiplicité des lésions, sur les explications bien "compliquées" fournies à l'admission, sur des antécédents suspects ; Nous apprîmes alors, que cette famille est connue des services sociaux de secteur, qu'à chaque hospitalisation la Maman se fait accompagner d'une Voisine certifiant avoir vu tomber l'Enfant que des Voisins auraient dit que la Mère battait son Enfant, que celui-ci, comme nous pûmes alors le vérifier, hurle dès qu'il aperçoit sa Mère.
- Obs. N° 23, déjà citée ; Cette Enfant, en Nourrice est admise pour des hématomes à répétition. Les renseignements sociaux nous apprennent que le Père Nourricier donne très mauvaise impression : "agité, méfiant, jaloux, certainement capable de violentes colères..."
- Obs. N° 35, déjà citée.
Hospitalisée pour l'association de lésions tégumentaires et d'un hématome sous-dural.

Les explications fournies ne donnent pas de motifs particuliers de suspicion. Le Médecin traitant écrit même, qu'il s'étonne que l'on suspecte des mauvais traitements de la part de Parents" qui sont en admiration devant leur progéniture, et qui s'en occupent fort bien."

Or , l'enquête sociale nous révèle, ce que nous ignorions, que le Mari est violent, qu'il mène une vie très dissolue, que ses ressources sont mystérieuses, que ses fréquentations sont douteuses.

L'étiologie de ce syndrome s'éclaire donc d'un jour nouveau.

Mais, les renseignements ainsi obtenus ne sont pas toujours aussi importants ; dans 3 de nos dossiers, l'enquête ne pût ni confirmer, ni infirmer nos suspicions.

EN RESUME

Hormis les cas où l'Enfant est hospitalisé parce que battu, au vu de ce que nos dossiers nous ont appris, nous insisterons sur les points suivants :

- L'ambiguïté ou le peu de vraisemblance des explications fournies au cours d'un interrogatoire médical précis, sans pour autant être inquisiteur.
- La très fréquente discordance entre l'absence ou la banalité des explications fournies, et l'importance des signes cliniques.
- L'importance MAJEURE des lésions ASSOCIEES, découvertes en cours d'examen, et non signalées.

- La très grande fréquence d'un environnement familial perturbé : concubinage, mariage puis concubinage, divorce, "MARI" non Père de l'Enfant, existence d'un passé juridique de l'un des Parents.

Notons en passant que l'alcoolisme ne nous semble pas être, dans nos dossiers, d'une fréquence particulière.

- La négativité des examens de laboratoire.
- L'EVOLUTION à L'HOPITAL, que nous citons volontairement en dernier lieu, afin d'insister sur ses caractères fondamentaux, est REMARQUABLE

Dans tous les cas, l'évolution de ces lésions tégumentaires se fait vers une guérison SPONTANÉE, sans apparition de nouvelles lésions.

L'éloignement de la famille représente donc la seule thérapeutique, et fournit par là-même, un aveu étiologique.

III - LES FRACTURES.

Nous les avons mises en évidence dans 23 de nos 46 observations, soit dans la moitié des cas.

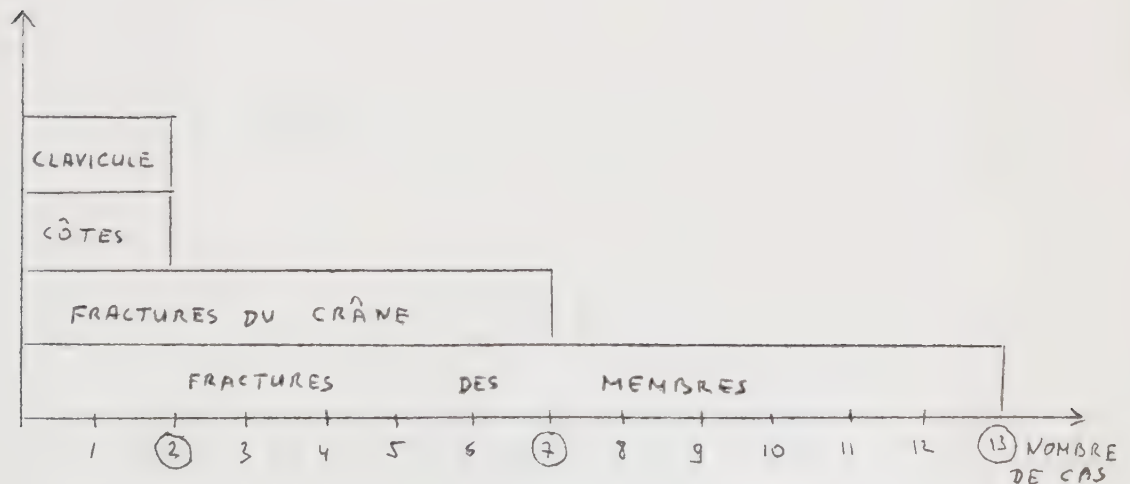
Par opposition avec les lésions tégumentaires, l'examen clinique est, dans le cas des fractures, remarquablement discret. Les tableaux des motifs d'hospitalisation et des données de l'examen clinique initial, nous ont montré que dans 9 observations seulement les fractures avaient une traduction clinique.

Ainsi, dans 14 cas, il n'existe au moment de l'hospitalisation aucun élément clinique permettant de suspecter leur existence: ceci soulève le problème des fractures négligées ; nous insisterons sur ce point ultérieurement.

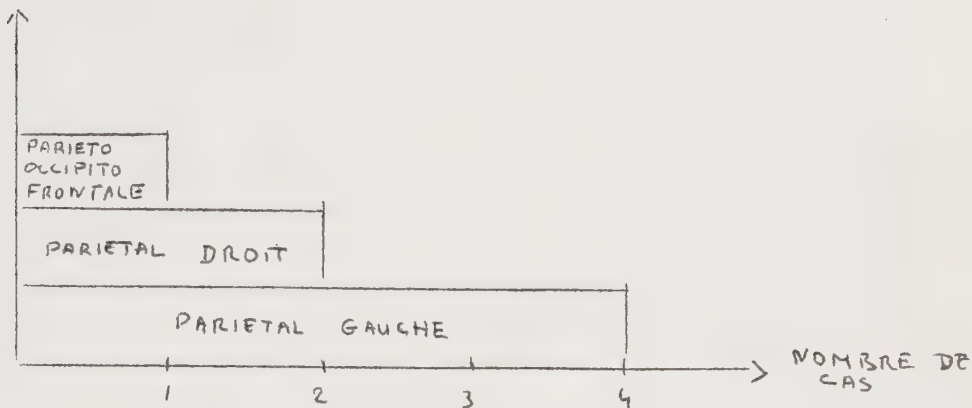
Face au mutisme clinique initial, l'examen radiographique du squelette dans sa totalité, prend une importance majeure.

A) - Renseignements fournis par l'examen radiographique.

a) Répartition selon la localisation.



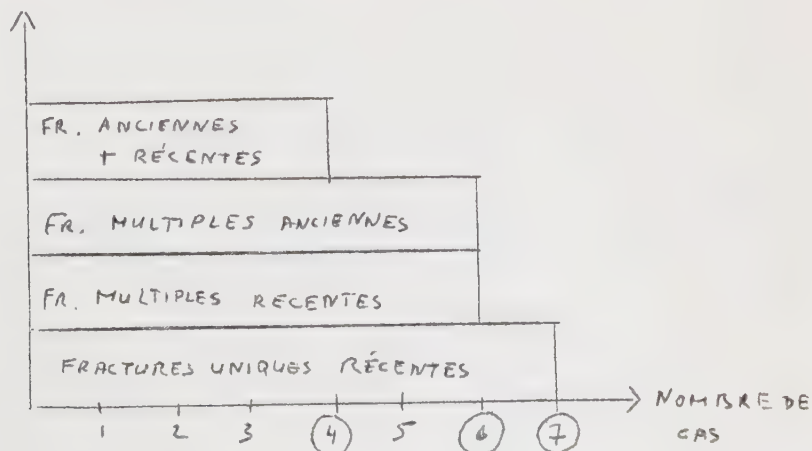
Le nombre relativement élevé des fractures du crâne nous a amené à dresser le tableau de la répartition de ces fractures.



Le nombre élevé des fractures des membres n'est pas pour nous surprendre ; de nombreux Autours aboutissent à la même constatation. Les membres sont effectivement car faciles à saisir, l'objet de tractions brutales de torsions ou d'élongations.

La localisation préférentielle des fractures du pariétal nous a surpris ; la fréquence de l'atteinte du pariétal gauche pourrait, éventuellement, s'expliquer par le fait que le traumatisme causal est porté par un individu droitier.

b) Répartition selon l'ancienneté de la fractue.
selon la multiplicité.

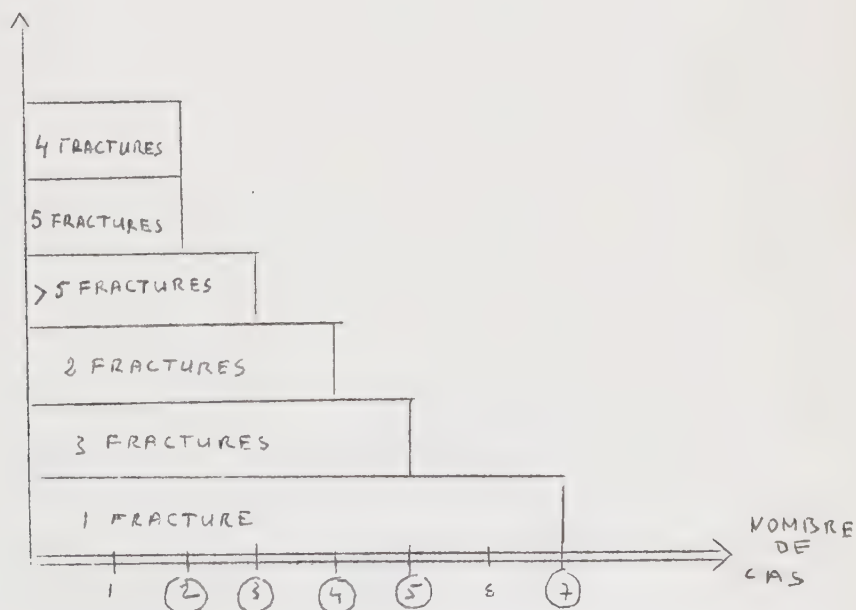


Ce tableau appelle 3 commentaires :

- La fréquence des fractures multiples est considérable nous les retrouvons effectivement dans 16 de nos 23 cas de fractures.
- Outre la multiplicité des fractures, la coexistence de fractures d'âges différents nous semble d'une fréquence remarquable.
- Parmi les 7 cas de fractures uniques, nous relevons 6 cas de fractures du crâne.

Hormis 2 cas où une notion de traumatisme nous est signalée à l'admission, les 4 autres fractures sont une découverte d'examen : l'Enfant étant entré pour une symptomatologie non évocatrice à priori.

c) Répartition selon le nombre de fractures.



Trois Enfants présentent plus de 5 fractures ;

CE sont :

- Obs. N° 33 : 8 fractures.
- Obs. N° 50 : 11 fractures.
- Obs. N° 15 : 15 fractures.

C'est ainsi que l'examen radiographique de l'Enfant MA...D., âgé de 4 mois, (Obs. N° 33), admis pour une diarrhée, met en évidence :

- Une fracture du tiers supérieur du fémur gauche.
- Une fracture par écrasement des épiphyses inférieures de 2 os de l'avant-bras droit.
- Une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche.
- une fracture de 2 os de l'avant-bras droit.
- des cals osseux au niveau des 4ème et 5ème côtes gauches, témoignant de fractures anciennes.

B) - Caractères radiologiques de ces fractures.

Nous décrirons les 3 aspects les plus caractéristiques que nous avons rencontré. Ce sont :

- Les fractures de côtes.
- Les fragmentations métaphysaires.
- Les décollements périostés.

a) Les fractures de côtes.

Leur fréquence est relativement faible : nous les avons notées dans 2 de nos observations.

- Obs. N° 50 ; MA...N.. 3mois 1/2
polyfracturé;

La radiographie du thorax objective des fractures des 3, 4, 5, 6èmes côtes gauches, et des 2ème et 6 èmes côtes droites.

Nous les citons car l'intérêt de ces fractures réside dans leur pathogénie : on ne les observe à cet âge qu'à la suite d'un traumatisme direct : coup de pied, coup de poing ; au contraire des fractures de la clavicule ou des os longs des membres qui peuvent survenir au cours des traumatismes banaux de la vie quotidienne.

b) Les fragmentations métaphysaires.

Découvertes dans 6 de nos observations, elles sont directement liées à certains mécanismes particuliers de l'agression traumatique, et à l'anatomie de l'os en pleine croissance.

Ces fragmentations sont le fruit d'un broiement ou d'un écrasement des diaphyses et des métaphyses, d'une torsion ou d'une élongation forcée des métaphyses ; par ses fibres, le périoste est solidement fixé, à ses 2 extrémités, sur la métaphyse et le cartilage épiphysaire. Non déchirées lors du traumatisme ces fibres arrachent des fragments métaphysaires plus ou moins importants ; ainsi, sont réalisés des aspects radiologiques tels que :

- Décollement métaphysaire complet : image en anse de de scau.

Obs. N° 18. DA..C.. à 1 mois.

Admise pour rhino pharyngite et gonflement de la cuisse gauche.

Outre plusieurs fractures, la radiographie met en évidence de larges décollement métaphysaires de l'ex-

trêmité inférieure du fémur gauche, et des extrêmités supérieure et inférieure du tibia gauche, réalisant des images en anse de seau avec un hématome sous périosté.

- Arrachement métaphysaire cunéiforme nettement individualisé, donnant une image d'encoche latérale en coup d'ongle.

Obs. N° 33 : MAD...D.. 4 mois.

Admis pour une diarrhée ; l'examen découvre des lésions tégumentaires, et un gonflement de l'avant-bras droit.

La radiographie montre l'existence, en particulier, d'arrachements cunéiformes au niveau des métaphyses inférieures du radius et du cubitus, d'un élargissement avec élargissement de ces métaphyses.

Toutes ces lésions s'accompagnent secondairement de réactions périostiques excessives, et peuvent conduire à des images radiologiques d'interprétation délicate, surtout en l'absence de notion de traumatisme.

c) Les décollements périostés.

Nous les avons découverts dans 10 de nos observations. Leur fréquence est donc remarquable.

Le mécanisme de leur formation explique leur aspect radiologique : le périoste de l'os jeune, richement vascularisé, est mal fixé à la corticale par les fibres de Sharpey, qui sont courtes et clairsemées ; un traumatisme provoquera une hémorragie sous périostée souvent abondante, qui entraînera de larges décollements. Ceux-ci vont s'ossifier secondairement

d'où cet aspect caractéristique en manchon, qui évoque parfois le diagnostic de scorbut.

L'hémorragie sous périostée reconnaîtra 2 origines :

- Une fracture méconnue et par là-même non immobilisée, provoque l'hémorragie qui sera entretenue par la répétition du traumatisme. Existont alors un trait de fracture, et une hémorragie sous périostée qui s'ossifiera secondairement.
- Un traumatisme, une torsion de membre par exemple, provoque, même sans fracture visible, un large décollement périosté et la constitution d'un hématome sous périosté. Celui-ci ne se manifeste sur les clichés précoces que par un épaississement des parties molles. Il apparaîtra secondairement sous forme d'une ossification sous périostée, progressant de façon centripète et aboutissant à cet engainement diaphysaire par un manchon plus ou moins large d'os néoformé.

Obs. N° 28. JO...Ch.. 4 mois.

Hospitalisée pour diarrhée et déshydratation.

L'existence de lésions tégumentaires fit pratiquer un bilan complet : les radiographies faites à l'entrée, montrent l'existence d'une fracture de l'humérus droit, et d'une fracture du tiers supérieur du fémur gauche avec gros déplacement.

Un contrôle radiographique est pratiqué UN mois plus tard : il met en évidence un très volumineux manchon périosté, engainant la totalité de la diaphyse fémorale droite, vierge de toute atteinte 1 mois auparavant.

Ces aspects particuliers ont donc été découverts dans 18 ... de nos observations. Il est intéressant de constater qu'ils recourent des descriptions primitivement faites par les Radio-Pédiatres Anglo-Saxons : J. CAFFEY et F.N. SILVERMAN.

D'où l'intérêt d'un interrogatoire médical précis et mené avec tact qui peut apporter une explication à ces aspects radiologiques : là réside l'un des mérites de F.N. SILVERMAN, qui ; le premier, insistera sur l'importance d'un interrogatoire bien mené.

C) L'examen clinique et les examens complémentaires ont mis évidence une symptomatologie ASSOCIÉE.

a) Des lésions tégumentaires (hématomes, ecchymoses) sont associées à des fractures dans 9 de nos observations.

- Obs. N°6 déjà citée. BA...S... 4 ans, hospitalisée pour une douleur au niveau du tibia gauche. L'examen clinique découvre des ecchymoses multiples du dos, de l'abdomen, des membres supérieurs, un pignon de l'oreille droite. L'examen radiographique met en évidence l'existence :

- d'une fracture spiroïde de la diaphyse tibiale gauche.
- d'une fracture de la clavicule droite.
- de fractures de 3 côtes.

b) Dans une de nos observations, des lésions tégumentaires et un hématome sous-dural sont associés à des fractures multiples.

- Obs. N° 19 bis. DI...Ly... 1 an.

Cette Enfant présentait un volumineux hématome pariétal droit, un hématome sous-dural droit, et des fractures :

- du radius gauche, en voie de consolidation.
- du 1/3 supérieur du tibia gauche.
- du pariétal droit.
- de l'extrémité inférieure du fémur droit.
- de l'extrémité inférieure du tibia droit.

c) L'examen radiographique et le bilan phospho-calcique ont montré dans 7 de nos observations l'existence d'un rachitisme associé aux fractures.

Ce rachitisme est :

- soit isolément associé à des fractures : 4 cas.
- soit associé à un hématome sous-dural : 2 cas.
- soit associé à des lésions tégumentaires : 1 cas.

d) Dans 6 de nos observations, enfin, les fractures existent chez des Enfant hypotrophiques : leur poids est inférieur d'au moins 1 kilo au poids théorique donné par les tables.

Ainsi, dans 18 de nos 23 observations, les fractures se trouvent associées, diversément, à un hémato-me sous-dural, à des lésions tégumentaires, à un rachitisme ou à une hypotrophie.

Cette constatation est d'autant plus remarquable :

- que la structure générale de l'os, en dehors des cas de rachitisme, est strictement normale.
- que les divers examens biologiques pratiqués sont normaux.
- que l'évolution de ces fractures se fait vers une consolidation dans des délais normaux, sans réapparition de nouvelles lésions durant le séjour hospitalier.

D) - Diagnostic différentiel.

Si la notion de traumatisme s'impose souvent, ou doit s'imposer, à l'esprit, elle ne doit être retenue qu'après avoir éliminé les autres causes de fractures chez l'enfant. Nous en citerons quelquesunes.

- a) Une tumeur primitive ou secondaire de l'os sera éliminée sur les contextes clinique et radiologique, et sur les caractères rassurants de l'évolution.
- b) Une ostéomyélite à foyers multiples : le contexte clinique et biologique nous ont toujours permis de l'éliminer.
- c) La syphilis ne fut jamais mise en évidence.
- d) l'ostéogénésis imperfecta : les antécédents familiaux, les sclérotiques bleues, l'aspect en mosaïque du crâne, les fractures diaphysaires et non métaphysaires, les déformations osseuses sont autant d'arguments qui permettent d'éliminer cette affection.
- e) L'hyperostose corticale infantile, décrite par CAFFEY, présente elle aussi, des caractères particuliers, devant permettre de l'éliminer ; Cette maladie qui débute tôt dans l'existence, présente de grandes similitudes radiologiques avec les hématomes sous-périostés, mais ceux-ci atteignent habituellement la face, les maxillaires, et la maladie évolue lentement dans un tableau pseudo-infectieux, entrecoupé de phases de rémission.
- f) Le scorbut peut poser de délicats problèmes ; il en fut ainsi dans l'observation n° 28, devant l'importance des hématomes sous périostés.
En fait, les arguments cliniques (absence d'autres signes hémorragiques en particulier) et les arguments radiologiques (intégrité des épiphyses) joints à la rare-

té de la maladie sous nos climats, doivent permettre d'éliminer ce diagnostic.

g) L'association d'un RACHITISME à des fractures pose de délicats problèmes. Nous avons vu la fréquence du rachitisme qui atteint 7 de nos malades. Il est classique de retrouver des fractures au cours des examens radiographiques de rachitisme grave ostéoporotique.

MAIS :

- personne ne met en doute que même dans ces cas, les fractures ne soient secondaires aux micro traumatismes de la vie quotidienne.
- ces fractures ne se voient que dans les formes nettement ostéoporotiques.
- les fractures de membres sont alors généralement symétriques, diaphysaires, siégeant plus volontiers à la hauteur du trou nourricier, et ne s'accompagnant ni de déplacement, ni de décollement périosté important.

Il nous paraît donc abusif de mettre sur le compte d'un rachitisme commun, des fractures asymétriques, avec déplacement, avec décollement périosté, ou des fractures métaphysaires. Dans ces cas, au contraire, le rachitisme nous paraît entrer dans le cadre de négligences d'élevage plus ou moins graves, dont les fractures sont un autre reflet.

E) - Renseignements fournis par l'enquête médico-socialo.

a) Explications fournies à l'entrée.

- Dans une de nos observations, N° 48, les sévices sont suspects d'emblée : VI...B.. 3 ans, nous est adressé

par la caisse régionale de sécurité sociale "pouvez-vous admettre d'urgence cette Fillette pour laquelle un placement d'urgence est demandé par l'Assistante Sociale de l'O.R.T.F., pour la soustraire aux mauvais traitements de sa Famille".

Et l'examen a découvert un état de misère physiologique, des lésions tégumentaires disséminées, une fracture du crâne.

- Dans 2 observations, les Parents chargent la Nourrice.

Obs. N° 25 et 45

Ainsi, MA...D., (Obs. 45) âgé de 9 mois, entre dans le service pour crises convulsives ; mais la Mère, qui ne voit l'Enfant que durant le week-end, dit que :

"chaque semaine, l'Enfant revient avec quelque chose : yeux au beurre noir, griffures, trauma crânien"...

- Une chute ou un traumatisme accidentel sont signalés dans 4 de nos observations.

Obs. N° 43 : PU...I..., 7 mois.

Admise pour chute.

"La Maman explique que sa Fille a fait 15 jours auparavant une chute sur le montant de son lit : elle en garde un hématome pariétal gauche. Le matin de l'hospitalisation, l'Enfant a refait une chute : le traumatisme a porté sur la face".

- Aucune explication ne fut donnée à l'admission de l'Enfant dans 4 observations.

- L'existence d'un problème social, provoquant l'hospitalisation, est retrouvé dans les 2 observations du Frère et d'une Soeur ; (Obs. N° 36 et N° 40). Le Père de ces Enfants, qui vit seul, les conduit lui-même à

l'hôpital, en raison de l'état d'abandon dans lequel les laissait leur Mère.

- Enfin, dans 9 de nos dossiers, ce qui nous semble remarquable, une histoire BANALE est racontée lors de l'admission.

Obs. N° 3 : AM...M.. 6 mois (déjà citée.)

Cet Enfant, qui vit en nourrice, est soigné depuis 3 jours pour une rhino-pharyngite.

La veille, l'Enfant pleure, puis fait une crise convulsive généralisée avec perte de connaissance.

Aucun Médecin n'est consulté. La survenue de 2 nouvelles crises provoquent alors l'hospitalisation.

b) Antécédents pathologiques de l'Enfant.

- Des antécédents suspects sont retrouvés dans 4 cas.

Obs. N° 30 : déjà hospitalisé pour un hématome sous-dural gauche (avait reçu un objet sur la tête.)

Obs. N° 33 : à l'âge de 3 mois, chute de la table à langer.

Obs. N° 48 : 2 hospitalisations antérieures pour hypotrophie, et mauvais environnement familial.

Obs. N° 51 : 3 hospitalisations antérieures, pour fracture, lésions tégumentaires ou histoire banale.

- Dans 4 autres cas, nous retrouvons la notion de placements longs et répétés.

De tels placements sont retrouvés 3 fois dans la fratrie.

- L'existence de fractures anciennes ne fut signalée par les Parents que dans 5 cas.

Or, nous avons vu précédemment, que l'examen avait découvert 10 cas de fractures anciennes.

Dans 50 % de nos cas, les Parents ne signalent pas l'existence de ces fractures.

- Soit qu'ils les aient ignorées, le traumatisme causal étant passé inaperçu, ce qui n'est pas invraisemblable.
- Soit que, responsables de ce traumatisme ancien ils le taisent sciemment, afin de ne pas attirer sur eux, d'emblée, des soupçons de mauvais traitements : la crédibilité des faits racontés paraissant alors plus grande.

Ceci nous permet d'aborder le problème des FRACTURES NEGLIGÉES.

Dans le cas d'une lésion unique, il est très possible que des Parents méconnaissent, en toute bonne foi, une fracture sans déplacement, non invalidante. Il est par contre fortement suspect que des Parents attendent plusieurs jours, voire plusieurs semaines avant de faire soigner une fracture invalidante ou douloureuse.

c) Situation psycho-sociale de la Mère.

- La Mère de L'Enfant exerce une activité salariée dans 8 de nos cas ; ce qui explique le nombre relativement élevé d'Enfants en nourrice : 7.

Notons que, dans un cas, la Mère exerce des activités anti-sociales.

- La débilité mentale, reconnue par un Neuro-psychiatre, n'est retrouvée que dans 1 cas.

-L'Alcoolisme est noté avec certitude dans 3 observations ;
il est vraisemblable dans un 4 ème cas : la volubilité
les dires et l'attitude de la Maman faisant bien songer
à un émolisme chronique.

- Situation matrimoniale perturbée :

Contrairement à ce que nous avons noté pour les lésions
tégumentaires, ce chapitre est, ici, relativement moins
lourd.

Cette situation anormale est retrouvée dans 9 de nos
23 dossiers de fractures.

Nous avons relevé :

- Mariage, divorce puis concubinage : 5 cas.
- Plusieurs concubinages successifs : 1 cas.
- Remariage : 1 cas.
- Mariage, divorce, concubinage puis remariage 1 cas.
- Ménage "normal mais mauvaise entente : 1 cas.

d) Situation psycho-sociale de l'Homme au foyer.

Le dépouillement de nos 23 cas de fractures, isolées ou
associées, a mis en relief quelques éléments intéressants :

- Dans 1 cas, le même Homme est connu comme un
violent, un alcoolique ; ce qui avait motivé une
peine d'emprisonnement.
- L'Homme au foyer n'est pas le Père de l'Enfant
dans 2 de nos observations.
- Enfin, arrêté ou recherché par la police au mo-
ment de l'hospitalisation : 2 cas.

e) Enquête de l'Assistante sociale hospitalière.

Cette enquête fût demandée et réalisée pour 16 de nos
23 cas de fractures. Elle confirma 11 fois nos doutes

Nous citerons quelques exemples :

- Obs. N° 21 : EL...B... âgée de 2 mois 1/2.

Admise dans le service pour une fracture de cuisse avec gros déplacement.

L'importance de cette fracture jointe au peu d'informations fournies par la Nourrice aux Parents, avaient éveillé les soupçons.

L'enquête sociale, faite en relation avec l'Assistante de secteur, et avec l'Assistante de la Nourrice, nous apprend que les Parents avaient trouvé l'adresse de cette Nourrice dans un journal, et nous apprend aussi que cette Nourrice est INTERDITE ;

- Obs. N° 29 : K1...E... 3 mois 1/2.

L'examen découvre des ecchymoses et une fracture du crâne. L'interrogatoire médical n'apporte pas d'éléments intéressants.

L'enquête sociale nous apprend que la Mère a repris son travail, laissant le Bébé à la garde du Père de 15 ans plus jeune...

De plus le comportement bizarre de la Maman avait provoqué, auparavant, un signalement par les services de la P.M.I. à l'Assistante sociale de secteur.

- Obs. N° 45. RO...S... 9 mois.

Cet Enfant fut amenée par sa Nourrice pour une crise convulsive subintrante.

L'interrogatoire médical s'adressa à la Maman mais non à la Nourrice. D'emblée, la Mère accusa la Nourrice : "l'Enfant revient chaque semaine avec quelque chose : yeux au beurre noir, griffures, trauma crânien".. L'enquête sociale nous apporta des éléments intéressants mais non décisifs.

Nous apprîmes que la Nourrice, non agréée au début s'était fait agréer depuis : enceinte, déjà Mère de famille, elle donne ainsi que son Mari excellente impression.

La Mère, dont l'aîné des Enfants est placé chez une Nourrice non agréée, donne mauvaise impression : attitude hystérique note l'Interne. Cette Femme aimerait l'alcool, et les voisins étaient décidés à intervenir... Enfin, elle ne présentait ses Enfants à aucune consultation.

Mais les renseignements fournis par cette enquête ne sont pas toujours démonstratifs : ainsi, dans 5 cas, l'enquête ne permit ni de confirmer, ni d'infirmer les soupçons.

EN RESUME :

Hormis les cas où l'Enfant est hospitalisé parce-qu'il a été battu, au vu de ce que nos dossiers nous ont appris, nous insistons sur les éléments devant éveiller la suspicion :

- Des explications dont la banalité, ou le peu de vraisemblance, ne concordent pas avec l'importance des lésions constatées.

Nous retrouvons, là encore, la discordance entre les données de l'interrogatoire et celles de la clinique.

- La découverte fortuite, à l'examen radiographique, de fractures récentes ou anciennes, jusqu'alors ignorées du Médecin parce-qu'elles n'ont pas été signalées par les Parents : Ceci nous semble l'un des arguments les plus importants.

- L'aspect radiologique particulier des fractures doit faire évoquer la notion de traumatisme : "pour un Médecin informé, les lésions osseuses racontent une histoire que l'Enfant

est trop petit ou trop effrayé pour pouvoir la rapporter". Ont écrit C.H. KEMPE et F.N. SILVERMAN.

- La multiplicité des fractures, la coexistence de fractures d'âges différents, leur fréquente association à des lésions tégumentaires ou à des hématomes sous-duraux représentent des éléments majeurs de suspicion de mauvais traitements et obligent à pratiquer une enquête psycho-sociale complète.

- L'évolution, vers une consolidation dans des délais normaux, sans apparition de nouvelles fractures, la négativité habituelle des examens complémentaires.

- L'existence d'un environnement familial perturbé, nous apparaît, enfin, comme étant le dernier motif de suspicion sur lequel nous tenions à insister.

IV - LES HÉMATOMES SOUS DURAUX.

Nous les avons découverts dans 18 de nos 46 observations

A) - Symptomatologie clinique.

Les motifs de l'hospitalisation sont essentiellement de nature neurologique.

Nous avons ainsi relevé :

- Syndrome méningé. 6 cas.

Obs. N° 35 : MA...N.. 3 mois.

Hospitalisé pour : "raideur méningée, vomissements en jet, tension de la fontanelle, taches purpuriques".

Obs. N° 41 : FA...A.. 5 mois.

Admis pour suspicion de méningite, vomissements, éléments purpuriques.

- Convulsions : 7 cas.

Obs. N° 3 : AM...M... 6 mois.

"soigné depuis 1 semaine pour une bronchite ; la veille, crise convulsive avec perte de connaissance, sans fièvre. Ce jour, nouvelle crise convulsive atteignant les membres supérieurs, sans perte de connaissance".

Obs. N° 45 : RO...S... 9 mois.

Survenue brutale d'une crise convulsive, ayant nécessité une réanimation d'urgence par les pompiers.

- Coma : 1 cas.

Obs. N° 19 : DI...LA... 10 mois.

Enfant amené dans un état de coma avec convulsions, dont le début a été très brutal, le matin même.

Dans quelques cas, la symptomatologie n'est pas essentiellement neurologique.

- Traumatisme connu, ou suspecté d'emblée :

dans 4 de nos observations.

Obs. N° 1 : AK...Y... 22 mois.

"Enfant admise pour traumatismes avec contusions multiples : serait tombée du lit, poussée par sa Sœur".

Obs. N° 14 : BR...D... 12 mois.

"L'Enfant serait tombé de son lit : retrouvé inerte sur le sol, par la Nourrice qui l'amène aussitôt à l'hôpital".

Nous constatons donc que, dans la majorité des cas, la symptomatologie initiale est neurologique, n'évoquant pas, à priori, la notion de traumatisme.

B) - Age des Enfants.

- jusqu'à 3 mois : 3 cas.

- de 3 à 6 mois : 5 cas.
- de 6 à 9 mois : 4 cas.
- de 9 à 12 mois : 4 cas.
- plus d'un an : 2 cas.

Ces constatations recoupent celles faites par certains auteurs français : pour ces derniers, l'âge de survenue des hématomes sous-duraux chez les Enfants est de :

- 5 semaines à 9 mois pour le Professeur J. MARIE
- 4 à 8 mois pour le Professeur M. LELONG.
- de 0 à 12 mois, avec 2 périodes plus marquées de 0 à 3 mois, et de 6 à 12 mois selon le Professeur N. NEIMANN.

Au vu de nos propres observations, nous pouvons remarquer que le nombre de nourrissons âgés de moins de 3 mois et suspects à priori de traumatisme obstétrical, est faible, en comparaison du nombre d'Enfants âgés de plus de 3 mois.

6) - Existence de LÉSIONS ASSOCIÉES.

L'examen clinique, et les examens complémentaires ont mis en évidence, dans 9 de nos 18 observations (50% des cas) des lésions associées.

- a) Hématome sous-dural associé à des lésions tégumentaires.
5 cas.

Obs. N° 5. BA...J.. 3 ans 1/2

L'examen découvre : des échymoses sur le visage, le tronc, les membres :

- des cicatrices de blessures du cuir chevelu.
- des zones d'alonézie au niveau du cuir chevelu.
- au niveau des 2 avant-bras, brûlures de la taille d'une paume de main, évoquant la trace d'une semelle de fer à repasser.

- l'existence d'un strabisme allant en s'accroissant, amena à pratiquer un examen du fond de l'oeil montrant des signes de stase.

Le diagnostic d'hématome sous-dural est confirmé par artériographie carotidienne en milieu Neuro-chirurgical.

Obs. N° 35 : M.A...N... 3 mois.

Enfant admise pour un syndrome méningé.

L'examen met en évidence :

- Une hypotonie avec fontanelle bombante.
- Des échymoses du visage, du dos, de la face latérale du thorax, du siège.
- La ponction lombaire ramène un liquide sanglant, xanthochromique après centrifugation.
- Hémorragies importantes et bilatérales noyant la papille, au fond de l'oeil.
- Electro-encéphalogramme mal dessiné, mal structuré, un peu trop fourni en images pointues à prédominance droite.
- Crase sanguine normale.
- La ponction sous-durale confirme le diagnostic d'hématome sous-dural.

b) Hématome sous-dural associé à des fractures.

Nous en avons relevé 3 cas.

Obs. N° 3 AM...M... 6 mois.

- l'examen clinique découvre une tension de la fontanelle, un nystagmus horizontal, une angulation anormale au niveau de l'avant bras droit.
- la ponction lombaire ramène un liquide sanglant, xanthochromique après centrifugation stérile.

- Au fond de l'oeil, la papille droite est masquée par de multiples hémorragies.
- Tracé électro-encéphalographique très altéré par une surcharge lente postérieure, et par une modulation pathologique.
- Crase sanguine normale.
- Radiographies du squelette : il existe :
 - 1 fracture des 2 os de l'avant bras droit.
 - 1 fracture du cubitus gauche.
 - 1 fracture du péroné gauche.

Toutes ces fractures semblent récentes.

- Sous-durographie et ponction de fontanelle permettent d'affirmer le diagnostic d'hématome sous-dural.

Obs. N° 45 ; RO...ST.. 9 mois : déjà cité admis pour crises convulsives.

- l'Examen clinique découvre : une impotence du membre supérieur droit, une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche avec mydriase bilatérale.
- Liquide hématique à la ponction lombaire surnageant de centrifugation clair, chimie et culture normaux.
- Nombreuses hémorragies bilatérales au fond de l'oeil
- Tracé électro-encéphalographique subnormal.
- RADIOS :
 - Importante réaction périostée autour de la métaphyse humérale supérieure droite.
 - Discrète réaction périostée au niveau de la métaphyse humérale gauche.
 - fracture du pariétal gauche.

De telles associations sont habituellement décrites sous le nom de "syndrome de CAFFEY".

Cet Auteur décrit le premier, en 1946, de tels cas ; il considère l'hématome sous-dural comme essentiellement d'origine traumatique, malgré l'absence d'aveu ou l'oubli du traumatisme causal. Quant aux fractures, J. CAFFEY les considère également comme traumatiques.

D) - INTERET des examens complémentaires pratiqués.

En présence d'une symptomatologie neurologique, étaient demandés :

- Examen du fond d'œil
- Ponction lombaire
- Electro-encéphalogramme.
- Eventuellement ponction sous-durale, avec parfois sous durographic.

Profitant du chiffre relativement élevé d'hématomes sous-duraux que nous avons collationné, nous allons indiquer brièvement les examens dont la valeur nous semble la plus constante.

a) Fond de l'œil

Cet examen s'est révélé PATHOLOGIQUE dans tous les cas d'hématomes sous-duraux.

L'atteinte est unilatérale dans 4 cas
bilatérale dans 14 cas

Les aspects retrouvés consistent en :

- Hémorragies rétiniennes : 18 fois, soit dans 100% de nos hématomes, réalisant de véritables plaques hémorragiques dans la plupart des cas.

- Oédèmes papillaire : 5 fois.
- Flou de la papille : 2 fois.

Pour nous, le fond d'ocil hémorragique est très évocateur d'un traumatisme récent ; les statistiques des Auteurs parlant des hématomes sous-duraux spontanés trouvent de telles hémorragies dans près d'1/3 des cas : ce qui tendrait à prouver que, dans ces cas dits "spontanés", il y a peut-être traumatisme méconnu.

Partant des examens oculaires, nous en profitons pour signaler que nous n'avons pas mis en évidence les anomalies du fond de l'ocil, décrites par P. MAROTTAUX : (au cours du syndrome de fractures multiples du nourrisson) plages lacunaires grisâtres souvent bordées d'un dépôt pigmentaire noir, siégeant à la périphérie du champ rétinien, secteur temporal. Peut-être, faut-il pour les découvrir, avoir plus de recul.

b) Electro-encéphalogramme.

Pratiqué pour chacun de nos 18 cas d'hématomes, cet examen ne se révéla pathologique que dans 12 cas.

- 6 fois le tracé était très perturbé contribuant à faire évoquer le diagnostic d'hématome sous-dural.
- dans les 6 autres cas, le tracé était légèrement perturbé.

Cette constatation est en accord avec celles faites par les Auteurs déjà cités

M. LELONG considère que l'électro-encéphalogramme "semble surtout posséder une valeur comparative pour suivre l'évolution".

Nous ne pouvons que souscrire à cette idée.

c) Ponction sous-durale.

Cet examen, et lui seul, permet un diagnostic de CERTITUDE :

Mais, il peut également permettre de suspecter l'ancienneté de l'hématome.

Un liquide sanglant, xanthochromique après centrifugation et peu riche en albumine traduisant un épanchement non récent.

Un liquide franchement hémorragique et riche en albumine traduisant au contraire un épanchement récent.

E)- EVOLUTION IMMEDIATE.

Celle-ci est grave dans la majorité des cas :

- 2 enfants sont décédés quelques heures après leur admission : Obs. N° 3 et 14.
 - L'aggravation spontanée de l'état du Malade ou le non assèchement de l'hématome malgré des ponctions itératives, ont nécessité 15 fois une intervention neuro-chirurgicale. Ce pourcentage élevé est à retenir ;
- Sur 31 cas d'hématomes sous-duraux chroniques du Nourrisson, M. LEBLOND (en 1955) obtint 19 cas de guérison médicale.

La sévérité de l'évolution que nous avons notée dans notre étude nous paraît confirmer les opinions d'autres Auteurs, en particulier du Professeur NEUMANN ; à savoir que la gravité de l'hématome sous-dural post traumatique est en général plus grande que celle des hématomes secondaires à des affections médicales.

F) - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

- 1) Il convient, en premier lieu, d'éliminer certaines affections médicales et de rattacher la symptomatologie

à sa cause : l'hématome sous-dural.

- Devant un syndrome méningé les méningites infectieuses (méningococcémies en particulier) seront éliminées en raison de l'apyrexie habituelle, la brutalité du début seront éliminés en raison de l'aspect de l'examen oculaire, mais surtout les renseignements fournis par la ponction lombaire ; liquide parfois sanglant, chimie normale, culture stérile, amènent à poser le diagnostic d'hématome sous-dural.

- Devant des convulsions : une hyperthermie, ou des convulsions par perturbation métabolique seront éliminés sur des examens biologiques sanguins normaux, le contexte clinique (troubles de la conscience allant en s'accroissant, parfois signes neurologiques en foyer...)

Les données évocatrices de l'examen oculaire : ces éléments permettent d'aboutir au diagnostic d'hématome sous-dural.

Il convient alors de poser :

2) Le diagnostic étiologique.

Nous discuterons 5 étiologies

a) Traumatisme obstétrical.

Dans 2 de nos observations, nous avons noté l'existence d'un accouchement dystocique.

Ob. N° 2 ; AL...R.. 8 mois 1/2

Accouchement par forceps.

Obs. N° 11 ; BO...P.. 4 mois 1/2

Le travail dure 10 heures, forceps.

L'âge de ces Enfants est un argument contre le diag-

nostic de traumatisme obstétrical.

Tous les Auteurs semblent d'accord, en effet pour ne pas le retenir après l'âge de 3 mois.

b) Hématome post-méningitique.

Ce diagnostic n'est retenu pour aucune de nos observations : le début de la maladie n'a pas de caractère infectieux, aucun germe ne fut retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien chimiquement normal.

c) Hématome par déshydratation hypertonatémique.

Nous n'avons jamais relevé, dans ces observations, de déshydratation massive, et les examens hydro-électrolytiques, quand ils furent pratiqués, n'étaient jamais pathologiques.

d) Hématome par traumatisme post-natal.

Nous entendons, par ce terme ; tout traumatisme dû à la turbulence de l'Enfant lui même (chute d'une table à langer par exemple), ou encore dû à son entourage (coups portés accidentellement ou volontairement).

- Les Observations 1, 5, et 14 répondent à cette étiologie. Pour chacun de ces cas, l'hospitalisation est demandée à la suite d'une chute " accidentelle " ayant entraîné un traumatisme crânien.
- Nous rattachons à cette cause 3 observations (N° 3, 30, 45.) de "syndrome de CAFFEY", c'est-à-dire d'hématome sous-dural associé à des fractures. Sachant que l'existence de ce syndrome ne donne qu'une présomption de traumatisme, et que la preuve de ce dernier reste à faire.

Nous évoquons, ainsi, une notion de traumatisme dans 6 de nos observations.

o) Hématome sous-dural IDIOPATHIQUE

Force est donc d'admettre, jusqu'à plus ample informé, que nos 12 cas restants entrent dans cette catégorie.

"Planche de salut des Enquêteurs malchanceux, l'hématome sous-dural idiopathique tient encore la plus belle place dans la plupart des études statistiques" a écrit en Juin 1966 le Professeur N. NEIMANN. Nous allons tenter, dans le chapitre suivant, de savoir s'il est possible d'extraire de leur cadre "idiopathique" un certain nombre d'observations, et de faire la preuve de leur origine traumatique éventuelle.

G) - DONNEES DE L'ENQUETE MEDICO-SOCIALE.

i - Données de l'enquête pour les 9 hématomas isolés.

a) Explications fournies à l'entrée.

- Histoire médicale banale : 7 cas (sur 9).

Nous voyons donc que les premières explications fournies sont rarement évocatrices.

Obs. N° 11. BO...F.. 4 mois 1/2

"Depuis quelques jours, vomissements répétés, sans température. Un médecin prescrit des antibiotiques, sans résultat. Devant la persistance des vomissements et l'apparition de constipation, l'hospitalisation est demandée", expliqua la Maman.

- Aucune explication ne fut donnée dans 1 de nos cas : Obs. N° 17.

- Dans le 9ème et dernier cas d'hématome sous-dural isolé, Obs. N° 47, VA... N.. 3 mois, la Maman charge la Nourrice. "Enfant chez sa Mère durant le Week-End ; s'alimente normalement, très calme, alors que la Nourrice avait dit à la Mère que sa Fille mangeait mal, et était particulièrement nerveuse. Rendue à la Nourrice le lundi matin, l'Enfant fait à 21 heures, ce même jour "une colère, puis brusquement devient blanche, se raidit, présente des mouvements convulsifs, resté ensuite absente et hypotonique". La Mère déclare se méfier de la Nourrice, et surtout du Mari de celle-ci : elle pense qu'un traumatisme n'est pas impossible.

b) Explications fournies secondairement.

- Traumatisme reconnu : 1 cas, celui que nous venons de citer.

La Nourrice fut convoquée à l'hôpital et dit que l'Enfant avait fait une chute de la hauteur d'une table quelques jours auparavant.

Ce qui nous prouve que les interrogatoires poussés peuvent donner des résultats.

- Dans 2 de nos observations, une possibilité de traumatisme accidentel fut reconnue ;
Ainsi, dans l'observation N° 11, précédemment citée, le réinterrogatoire de la Mère nous apprend que l'Enfant avait quelques jours auparavant, été coincé sans gravité apparente, dans une porte coulissante. L'accusateur.

c) Antécédents pathologiques des enfants.

Exceptés les 2 cas d'accouchement dystocique nous n'avons retrouvé aucun antécédent pathologique notable.

d) Situation psycho-sociale de la Mère.

- Emploi salarié : 6 cas.
- Situation matrimoniale trouble : 3 cas.
Obs. N° 17 mésentente certain.
Obs. N° 37 Père co-libétaire, naissance cachée à la famille.
Obs. N° 47 Concubinage.

e) Situation psycho-sociale de l'Homme au foyer.

- Dans le seul cas, Obs. N° 17, cet Homme est en invalidité pour maladie : dépression nerveuse ; il semble, de plus, qu'il y ait alcoolisme.
- ▼ N'est pas le Père de l'Enfant :
Nous ne le retrouvons qu' dans l'observation N° 11.

f) Enfant placé en Nourric.

- 7 Enfants sont en Nourric.
- L'une d'elle donne mauvaise impression à la Mère :
Obs. N° 47, déjà citée.
- Dans le cas, nous savons d'emblée que la Nourrice n'est pas agréée.

Au total, les données de l'interrogatoire médical sont moins riches en renseignements évocateurs, comparées à celles que nous avons obtenues pour les lésions tégumentaires ou les fractures.

g) Données de l'enquête de l'Assistante sociale.

- Cette enquête fut pratiquée 4 fois sur nos 9 cas d'hématomes sous-duraux isolés.
- Dans 2 cas seulement, cette enquête aboutit à des présomptions sérieuses.

Obs. N° 17 : La Haman, connue par les services sociaux de secteur, donne excellente impression, de même que la nourrice. La Mère semble beaucoup souffrir de son Mari , qui est un malade mental. La mésentente est certaine, peut on aller jusqu'à soupçonner des coups de la part du Père ? cela est impossible. La seule certitude est que l'environnement de cet enfant n'est pas propice à un développement psycho-moteur équilibré.

Obs. N° 47 : Déjà citée ; Les Parents sont hors de cause. La Nourrice agréée est bien, mais son Mari, mutilé de guerre, ne supporte pas les cris d'enfant : met l'enfant sur une table sans osciller ; force l'enfant à manger.

Il existe donc de forte présomptions, mais aucune certitude.

2 - Bref rappel des données de l'enquête pour les cas d'hématomes ASSOCIÉS.

Les données de cette enquête furent, en effet développées au chapitre du syndrome auquel l'hématome est associé.

Nous avons relevé pour ces 9 cas :

- Antécédents de l'Enfant suspects : 1 fois.
- Situation matrimoniale troublée : 3 fois.
- Passé juridique de la Mère : 1 cas.
- Homme chômeur : 1 fois.
- Passé ou présent juridique de l'homme au foyer 4 fois.
- Suspicion de l'Assistante sociale : 3 fois.

EN RESUME :

En présence d'hématomes sous durs certains éléments doivent

éveiller l'attention et, refusant jusqu'à plus ample informé le diagnostic d'hématome idiopathique, faire suspecter d'éventuels traumatismes.

Ce sont :

- La brutalité du début.
- la négativité des examens de laboratoire (exceptés ceux, bien sûr, permettant le diagnostic d'hématome).
- la discordance, là encore, entre les données de la clinique et de l'examen.
- L'importance MAJEURE de la découverte de lésions associées : syndrome de CAFFEY, lésions tégumentaires.
- La sévérité habituelle de l'évolution.
- Un environnement familial défectueux, bien que cette notion soit moins fréquemment retrouvée que pour les fractures ou les lésions tégumentaires.
- En revanche il nous paraît intéressant de noter que dans 7 de nos 18 cas, l'enfant est en Nourrice et que, dans ces conditions, l'enquête fut exceptionnellement conduite auprès de celle-ci.

LES ENQUÊTES COMPLÉMENTAIRES

Le dépouillement de nos dossiers nous a montré que les sources d'information eurent une double origine.

I) - Renseignements fournis par l'Assistante sociale hospitalière.

28 enquêtes furent effectuées.

Nous avons cité, dans les chapitres "données de l'enquête Médico-sociale", les renseignements obtenus par ces enquêtes.

Nous nous bornerons, ici, à signaler les possibilités et les limites de l'enquête sociale hospitalière.

Lorsqu'elle est saisie d'un cas suspect, l'Assistante hospitalière commence par convoquer les Parents de l'Enfant : une telle rencontre permet, déjà, d'obtenir des renseignements que le Médecin n'aura su ou pu obtenir.

L'Assistante pourra, ensuite, prendre contact avec les Services sociaux du Secteur où résident les Parents de l'Enfant. De très précieux renseignements peuvent être ainsi obtenus, de manière discrète, nous insisterons sur ce point.

L'Assistante hospitalière peut, en outre, se renseigner auprès des services de protection maternelle et infantile du secteur, ou auprès des Assistantes sociales des écoles, si l'Enfant est scolarisé.

Ces divers moyens permettent, le plus souvent, de se faire une opinion sur la qualité de l'environnement familial.

Mais, la grande difficulté réside, en fait, dans la faiblesse des effectifs des Assistantes Sociales : cette faiblesse va de pair avec un nombre élevé de tâches administratives qui contribuent à ralentir leur action.

II - Renseignements fournis par l'enquête de la brigade des Mineurs.

Cette enquête fut effectuée dans 23 dossiers, soit dans 50% de nos observations.

Déroulement de l'enquête.

L'enquête est menée par les Membres de la section féminine de la brigade des Mineurs.

Ces Femmes sont à la fois Assistantes sociales et Officiers de Police. La première qualité leur confère des connaissances approfondies des problèmes sociaux. La seconde qualité leur donne des moyens d'action plus étendus.

Enfin comme le précisait le Commissaire Divisionnaire qui dirige cette brigade, "la présence des Femmes est indispensable dans un service de police, notamment lorsqu'il s'agit de pénétrer un milieu familial".

- L'enquête fournit des renseignements sur l'environnement familial : composition de la famille, ressources, conditions de travail du Chef de famille, conditions de logement, équilibre du budget, santé physique et morale...
- La matérialité des faits sera, d'autre part, recherchée par de longs entretiens avec les Parents, la famille directe, les Amis, les Voisins.
- Une synthèse de ces éléments est alors faite par l'Assistante, qui remet ainsi un dossier précis au Procureur et au Juge des Enfants.

En dépit des grandes possibilités offertes aux Assistantes de Police, il n'est pas toujours possible d'aboutir à des présomptions valables, et nombre de cas demeurent, en dépit des enquêtes, mystérieux.

III - CONCLUSIONS ETIOLOGIQUES après ENQUETE.

A) Certitudes absolues acquise : 15 fois.

a) Dénutritions aiguës.

Certitude acquise 3 fois, sur 3 cas.

Ne nous méprenons pas : ceci ne veut pas dire que dans 100% des cas de dénutrition, la preuve de mauvais traitements est apportée. Le choix de nos dossiers ne fut pas exhaustif, ce qui veut dire qu'un certain nombre de dossiers de dénutritons moins marquées ou de simples hypotrophies, pourtant imputables à des mauvais traitements, ont pu passer inaperçu.

Obs. N° 22 FI...F..

L'Enfant fu découverte abandonnée dans une chambre. Ses Parents sont divorcés.

L'interrogatoire du Père de l'Enfant, est éloquent : "Mon mariage a été une lamentable erreur... dès que nous avons été mariés, elle s'est absentée du domicile : lorsque je rentrais, le ménage n'était jamais fait, la cuisine non plus... Le second Enfant (la Malade) je ne l'ai jamais vu : je doute fort qu'il soit de moi, étant donné l'inconduite de mon Epouse à cette époque..."

Cette femme était connue des services de la police étant jeune, elle avait été arrêtée à 3 reprises pour vagabondage, et remise à sa Mère, qui n'a pas une bonne opinion de sa Fille. Celle-ci, après son divorce, s'est mise en concubinage avec un Aveugle, connu pour ses fréquents changements de Femme.

Obs. N° 37 LO...I..

Cette Enfant est trouvée abandonnée, dans un état de cachéxie.

Le Père est en prison pour escroquerie

La Mère, dont l'inconduite est notoire est arrêtée également.

Elle expliquera, entre autres :

"Je la voyais dépérir, mais je ne pouvais plus la voir dans les derniers moments.

Cet Enfant qui est la Fille des oeuvres de MR. L... M'é-
tait... je ne peux préciser ma pensée sur cette question ;
Je n'ai plus aucun sentiment pour le Père de l'Enfant".

Et, plus loin :

"Je n'ai pas connu mes Parents : j'ai été soustraite à leur garde, car ils me rendaient trop malheureuse".

Obs. N° 49 OU...A...

Cette Enfant est le fruit d'un ménage irrégulier.

Sa mère, actuellement en fuite, mariée, connue pour les nombreuses fugues qu'elle fit.

Avant de disparaître, la Mère confia l'Enfant à sa Belle
soeur : jeune Femme récemment arrivée à Paris, Mère de
2 Enfants.

Celle-ci, voyant l'état de la petite malade empirer, se
décide tardivement à la faire hospitaliser, après avoir
cherché en vain la Maman qui avait disparu.

"Depuis mon arrivée à Paris, je me suis toujours sentie
fatiguée ; de plus j'ai été dégoûtée par cette loge de
concierge humide, et peu à peu je me suis laissée aller.
Je n'ouvrais pas les doubles rideaux pour que les locataires
ne voient pas chez moi...

En tant que concierge, je recevais les confidences des
uns et des autres qui se dénigraient entre eux. J'en ai
eu assez, et je me suis totalement repliée sur moi-même..."

b) Lésions tégumentaires.

Certitude acquise dans 3 de nos observations.

Obs. N° 4 BA...S..

Enfant hospitalisée car battue, de même que la Mère, par le Mari.

Celui-ci avait, un an auparavant, battu sa Femme : porteur d'arme, il fut incarcéré ; depuis sa libération, inscrit au chômage car n'accepte pas de travaux de manœuvre ; se met alors à boire.

La Femme donne excellente impression, est terrorisée à l'idée de retomber entre les mains de son Mari.

Obs. N° 44 RA...A...M...

Outre une situation matrimoniale très perturbée, l'enquête nous apprend que la Mère est une alcoolique notoire, qui subit à plusieurs reprises des cures de désintoxication, jamais suivies d'effet.

Obs. N° 5 : BA...J..

Il s'agit de cet Enfant porteur, outre d'un hématome sous-dural, de nombreuses ecchymoses, et de brûlures évoquant l'aspect d'un fer à repasser.

L'enquête apprend que le Père est un alcoolique violent et querelleur, déjà condamné pour vols.

L'aveu des mauvais traitements n'est pas obtenu, mais de nombreuses phrases sont éloquentes par elles-mêmes.

Ainsi : "Je me suis demandé si les hématomes avaient été provoqués par la chute, ou par les coups que son Père avait l'habitude de lui donner avec un fusil à aiguiser les couteaux..." dit la Maman, qui insiste pour ne pas être confrontée avec son Mari et pour que l'on ne cite pas son témoignage, de peur des représailles.

De même, des Voisins, qui avaient signé une pétition, disent : "Vers 16H30, les enfants commencent à s'inquiéter ; ...et dès que leur Mère les appelle, ils demandent d'un air apouré : il est là ?"

c) Les fractures.

La certitude de mauvais traitements est acquise dans 8 de nos observations.

Obs. N°34...MA...P...

Une telle observation est rare:

Interrogé, le Mari répond:

" je reconnais avoir battu mes enfants, je reconnais m'adonner à la boisson, et être particulièrement violent lorsque je suis ivre. Et quoique j'aime beaucoup mes enfants, dont je prends régulièrement des nouvelles, vous pourrez m'enlever mes droits sur eux, car j'en ai assez d'être convoqué partout..."

La limpidité d'une telle déclaration n'est pas courante, et c'est le seul cas où des avoux aient été passés.

Obs. N°36 et 40 OU...C...et ME...J.F.

(Frère et socur de pères différents).

Ces 2 enfants furent hospitalisés à la demande du père de l'un d'eux.

La mère, mariée, puis divorcée et ayant plusieurs concubins, tient un "café".

Le père explique, entre autres:

"depuis quelque temps, je m'étais aperçu que ma fille avait les jambes arquées, mais chaque fois que je voulais faire venir un médecin, Madame M... me menaçait de faire du scandale..."

Je suis allé voir mon ex-amie, elle me l'avait demandé: nous nous sommes disputés, car j'ai trouvé les enfants en très mauvais état, la petite avait la main en sang et était couchée parterre parmi des débris de verre; mon ex-amie était en état d'ivresse, c'est la raison pour laquelle j'ai appelé police-secours.

Mon amie était peu sérieuse et s'énivrait au cognac...

d) Les hématomes sous-duraux isolés.

(Les cas d'hématomes sous-duraux associés sont envisagés avec le syndrome auquel ils sont associés.)

La certitude de mauvais traitements n'est acquise qu'une seule fois.

Ce dossier, obs. N°37, prouve l'importance d'une enquête menée à fond.

L'enfant avait été hospitalisée par sa nourrice, pour un syndrome méningé. Il s'agissait en fait d'un hématome ~~sous~~-dural, pour lequel aucune étiologie ne fut retrouvée au moment. Or, un certain nombre de mois après, la nourrice porte plainte auprès de la Police car la mère maltraite son enfant.

La nourrice explique que: " la mère lui défendait de laisser sortir l'enfant, de le laisser jouer dans la cour, de le mettre à l'école, de le vacciner; l'enfant devait rester couchée le temps de lui laver ses vêtements; à chaque fois que sa mère vient la chercher, l'enfant hurle, pleure et se cache pour ne pas être obligée de partir..."

Ces explications éloquentes permettent de rattacher l'hématome sous-dural à son origine traumatique probable, à postériori: le choix rétrospectif de certains de nos dossiers nous ayant permis d'avoir secondairement connaissance de cette explication.



B) Présomptions de mauvais traitements.

Nous sommes arrivés à cette conclusion dans 13 de nos observations.

a) Lésions tégumentaires.

Présomptions établies dans 6 cas.

Obs. N°7...BE...S.. admis pour hypotrophie et oedèmes. Les explications fournies par les parents à la brigade des mineurs corroboreront celles qu'ils avaient fournies à l'hôpital.

Mais l'audition des voisins, apportera des précisions intéressantes: "l'enfant avait l'air craintif dès le matin; il tremblait dès que sa mère lui tendait un bol de lait; celle-ci n'est pas patiente: elle le tirait par le bras, le frappait pour le faire manger; aurait dit: tu manges ou je te tue..."

Obs. N°13...BO...M..

L'enquête confirme et précise la situation matrimoniale troublée de cette mère, qui redonne les explications données à l'hôpital: "l'enfant tombe tout le temps."

Des témoignages apportent cependant des motifs de présomption: " j'ai souvent entendu gifler les enfants et j'ai assisté une fois à la correction," dit une voisine.

Un officier de police, s'entend dire par la petite malade: " je ne veux pas partir."

Mais de tout cela, ne sortent ni aveux, ni certitude.

Obs. N°1...AK...Y..

L'audition de la mère n'apporta aucun élément nouveau, aucune certitude.

Cependant, le père ne se soumet pas à l'interrogatoire, les recherches entreprises alors restent vaines. Les parents ont disparu, ce que l'on peut considérer comme une preuve de culpabilité.

b) Les fractures.

Présomptions établies dans 4 cas.

Obs. N°18...DA...C..

Entrée pour l'existence d'une fracture unique, alors que l'examen découvre des fractures multiples d'âges différents.

L'enquête révèle que les parents sont connus pour leurs activités anti-sociales. Le père supposé (les parents sont blancs, l'enfant est noire) proxénète, est interdit de séjour. Parallèlement à ces renseignements, l'assistante sociale hospitalière reçoit des explications de la nourrice qui avait alors, la garde de l'enfant. (Nourrice de semaine.)

Celle-ci expliqua:

" l'enfant a été balancée du lit par sa fille de 2 ans. Le grand'père est survenu; voyant l'enfant parterre, il a été pris d'une syncope et est tombé sur C...; puis il a replacé l'enfant dans son lit et n'a rien dit. Cet incident se serait passé 6 jours avant l'hospitalisation." Cette observation est intéressante car elle met en présence 2 explications possibles.

L'explication pour le moins incroyable de la nourrice peut expliquer la fracture récente, qui n'est peut-être pas volontaire.

Restent les fractures anciennes: sont-elles imputables, également, aux parents nourriciers, ou sont-elles imputables aux parents qui voyaient parfois leur enfant et dont les qualités morales n'étaient pas évidentes ?

La conclusion, de toute manière, est simple: l'environnement de cette enfant est dangereux et son éloignement semble la meilleure garantie.

Obs. N°45...RO...St..

Cet enfant présente un hématome sous-dural bilatéral, associé à des fractures multiples d'âges différents. La mère de l'enfant, qui fit très mauvaise impression sur le milieu médical et sur l'assistante sociale hospitalière, accuse la nourrice.

L'enquête de la brigade des mineurs n'aboutit à aucune certitude.

Les renseignements recueillis sur le ménage nourricier sont unanimement excellents. Mais aucun élément de suspicion ne peut être retenu avec certitude, à l'encontre de la mère.



TABLEAU RECAPITULATIF.

	Nombre de cas.	Enquête A.S. hop. faite.	Enquête police faite.	Présomptions après toutes enquêtes.	Certitude absolue.
Dénutr. aigue.	3	1	3	-	3
Lés. tog. isolées.	7	5	5	4	2
Lés. tog. associées.	5	4	2	2	1
Fracture isolée.	5	3	2	2	1
Fracture associée.	17	11	9	2	7
H.S.D. isolé.	9	4	2	3	1
Totaux.	46	28	23	13	15

Les hématomes sous-duraux associés sont compris dans les syndromes auxquels ils sont associés.

Les présomptions tiennent compte des résultats des enquêtes sociales et de police.

IV - COMMENTAIRES.

Au terme de ces enquêtes médico-sociales, et spécialisées, nous constatons :

sur 46 observations:

- 28 cas, pour lesquels nous avons obtenu certitude ou présomptions majeures de mauvais traitements.
- 18 cas, pour lesquels aucune preuve de sévices n'a pu être apportée.

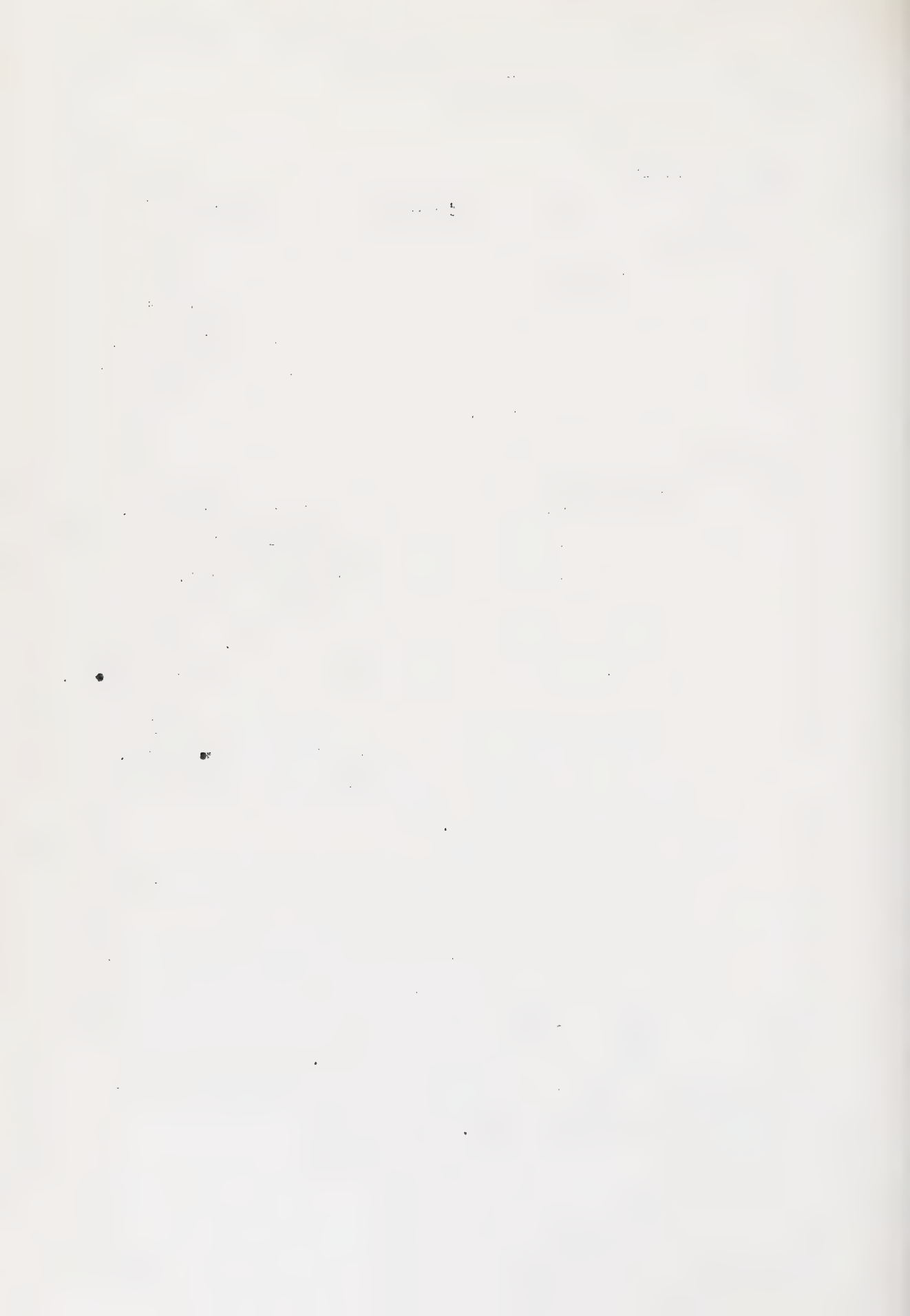
Parmi ces 18 cas, un certain nombre d'entre eux demeuront suspects par analogie, en raison

- = d'un environnement familial défavorable: 1 cas.
 - = d'un placement en nourricie, celle-ci n'ayant pas été vue ou donnant mauvaise impression: 5 cas.
 - = de la discordance entre les données de l'interrogatoire et celles de la clinique: 5 cas.
 - = de l'association de plusieurs de ces raisons: 2 cas.
 - au total, 13 dossiers demeuront suspects par analogie avec les dossiers où une certitude fut obtenue.
- Les 5 cas restants ne trouvent aucun autre motif de suspicion clinique.

Or, nous avons constaté que:

- = dans les 13 cas par analogie, l'enquête sociale ne fut faite que 8 fois,
l'enquête de police ne fut pratiquée que 3 fois.
- = dans les 5 cas demeurant sans explication, les enquêtes sociale et de police NE FURENT JAMAIS PRATI-
QUEES, soit dans 100% des cas.

Sans doute, faut-il voir là, la raison du mystère étiologique de ces observations.



Réflexions sur deux points particuliers.

A) Prise de conscience sociale du Corps Médical.

L'intêret porté brutalement, depuis 1 an, à ce syndrome des " Enfants maltraités " semble traduire une prise de conscience sociale de la part du Médecin. L'Enfant malade n'est plus considéré comme un " cas ", un syndrome purement médical, isolé de son milieu habituel par les murs d'un hôpital.

Cet Enfant malade, même examiné à l'hôpital, porte en lui, et parfois sur lui les empreintes physiques ou morales de son environnement familial. Le rôle du Pédiatre est, certes, de découvrir et de traiter les maux dont souffre actuellement cet Enfant, mais il est aussi de veiller à l'heureux épanouissement physique et moral de ce petit Malade.

L'examen médical ne doit pas s'attacher à l'aspect uniquement somatique du problème, mais doit également s'enquérir des conditions habituelles de vie: c'est ainsi que l'on peut espérer éclairer et aider certains Parents sur des problèmes d'hygiène, d'éducation, d'éveil psychologique, ou d'épanouissement moral; le Médecin peut ainsi, avoir une action Médico-pédagogique.

C'est sans doute par cette prise de conscience sociale que l'on peut également espérer faire meilleure oeuvre de prévention de l'Enfance malheureuse. Au hasard d'un examen, même de routine, en sachant aller " au devant " des éléments physiques (hypotrophie, mauvaise hygiène...) ou socio-familiaux (chômage, mauvaises conditions de logement, taras éventuelles, situations familiales perturbées...) permettant d'évoquer un environnement familial

déficient, le Médecin peut espérer, avec l'aide des services sociaux compétents prévenir l'apparition éventuelle de mauvais traitements.

Enfin, notre travail tend à montrer que c'est l'étude attentive des conditions d'environnement social et psychologique de l'Enfant, qui permet le plus souvent d'associer sur des bases solides le diagnostic de mauvais traitements, devant des tableaux cliniques difficiles ou trompeurs.

B) L'Enfant maltraité, le Médecin et le secret professionnel.

Le Médecin se trouve confronté à 3 impératifs d'égale importance.

- = l'article 62 du code pénal, qui fait obligation à toute personne de dénoncer aux autorités administratives et judiciaires les crimes tentés ou consommés dont elle a connaissance, et dont il est encore possible de prévenir et de limiter les effets.
- = l'article 63 du code pénal, qui punit quiconque s'abstient volontairement de porter, à une personne en péril, l'assistance que, sans risque pour lui ni pour un tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.
- = l'article 378 du code pénal, qui tient le secret professionnel comme " général et absolu ".

Le Médecin, de par les textes, se trouve dans une cruelle alternative:

- = ou il " dénonce " la Personne en danger: il y a violation du secret professionnel.

= ou il se tait: il respecte le secret, mais n'apporte pas à son Malade toute la sauvegarde que celui-ci attend de lui, ou, est censé attendre de lui.

Il nous semble, néanmoins, qu'un point DOIT être, coûte que coûte, conservé: la confiance du Malade ou de son entourage, envers son Médecin. Respectant ainsi le secret professionnel, peut-on espérer concilier les articles 62 et 378 ?

Le dépouillement de nos dossiers nous a montré qu'existent, en matière de mauvais traitements à Enfants:

- = les cas évidents d'emblée: c'est l'urgence, c'est l'action immédiate indispensable.
- = les cas non évidents d'emblée, nécessitant une enquête familiale afin d'établir des présomptions à point de départ clinique.

Il convient, d'autre part, de faire une distinction entre:

- = l'Omnipraticien ou le Pédiatre exerçant en ville.
- = et le Médecin hospitalier.

En effet, les modalités d'action nous semblent conditionnées par cette distinction.

Ces modalités pourraient être envisagées comme suit:

I) en ce qui concerne le Médecin " de ville ".

- = s'il y a urgence: l'hospitalisation immédiate de l'Enfant s'impose, éliminant ainsi tout danger vital.
- = s'il n'y a que " suspicion ": l'hospitalisation, que l'on justifiera aux yeux des Parents par un motif quelconque, apparaît là encore, comme devant être le moyen le plus approprié.

: ou les soupçons ne se justifient pas: aucun acte grave n'aura été accompli, la confiance restera intacte.

: ou les soupçons se vérifient: le Médecin aura alors joué son rôle de prévention, tout en respectant le secret professionnel.

2) en ce qui concerne le Médecin hospitalier.

Son rôle apparaît capital et bien délicat.

- = l'expérience qu'il a pu acquérir de tels cas, en raison du large éventail de recrutement dont il dispose; les moyens groupés d'exams complémentaires dont il jouit, sa neutralité vis à vis de la Clientèle, lui confèrent, plus qu'à tout autre, des facilités pour aboutir à un diagnostic clinique de mauvais traitements.
- = l'existence des services hospitaliers, permet de plus d'obtenir, dans les meilleurs délais, des renseignements sociaux; une enquête plus poussée, peut ensuite être menée par l'Assistante de l'hôpital, mais l'essentiel demeure à nos yeux le fait de pouvoir, très rapidement, avoir une opinion favorable ou défavorable sur la famille.
- = que la présomption clinique se voie renforcée par les premiers renseignements sociaux obtenus, ou que le doute clinique subsiste, en dépit des renseignements obtenus (ce qui n'est pas rare), la décision des suites à donner, éventuellement, n'appartient qu'au Médecin; et cette décision pose à ce dernier de cruels cas de conscience:
 - faut-il, ou non, poursuivre les investigations ?
 - dans l'affirmative, à qui et comment " signaler le cas ".

: faut-il poursuivre les investigations ?

Une demande d'enquête plus poussée sous-entend l'intervention d'organismes spécialisés, la Brigade des Mineurs en dernier ressort. Bien que menées avec tact, par des Personnes averties de ces problèmes, une telle enquête ne manque pas de causer un certain choc moral aux membres de la Famille; dans le cas où celle-ci n'a rien à se reprocher, un tel choc peut être parfaitement nocif; il peut, de plus, provoquer la rupture d'un équilibre familial jusqu'alors précaire, mais existant.

Ces raisons nous confirment dans notre idée que la demande d'une enquête complémentaire, décision grave, ne peut et ne doit être prise que par la Personne ayant connaissance d'un maximum de données médicales et sociales: cette Personne n'est autre que le Médecin hospitalier.

: comment et à qui signaler le cas ?

ce qui revient à dire: comment concilier les articles 62 et 378 du code Pénal.?

Il est certain que la proposition de Loi faite par Madame THOME-PATENOTRE en 1966, et visant à délier les Médecins du Secret professionnel, éliminerait, si elle était votée, les difficultés d'ordre légal qui interdisent au Médecin de dénoncer le cas.

Mais ceci n'est qu'un projet de loi....

Et en attendant qu'il entre en discussion devant l'Assemblée, le Médecin hospitalier se trouvera de trop nombreuses fois, confronté à ce délicat problème.

Dans l'état actuel des choses, il existe pour lui une solution: lorsqu'il aura acquis la conviction que des mesures complémentaires doivent être prises, dans l'intérêt de l'Enfant, le Médecin hospitalier peut faire un signalement au Médecin Agréé de la Protection Maternelle et Infantile (Médecin Chef: 12, rue de la Collégiale Paris. 5ème.), tenu lui-même au secret professionnel, qui prendra alors toutes mesures "en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'Enfant". En province, le Médecin hospitalier prévient le Médecin attaché à la Direction de l'action sanitaire et sociale.

Il nous semble que, de cette manière, le secret professionnel et la sauvegarde de l'Enfant se trouvent respectés.

Cette méthode, si elle paraît sage, appelle 2 commentaires.

a) Lettre d'hospitalisation.

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, que les lettres d'hospitalisation écrites par les Médecins voyant l'Enfant en ville, ne portent pratiquement jamais d'indication sur leur suspicion éventuelle. Que le Médecin ne veuille pas mettre par écrit de telles "accusations" est parfaitement légitime; mais ne serait-il pas souhaitable que ce Médecin fasse part oralement de ses soupçons, s'ils existent: un temps précieux serait ainsi gagné, dans l'intérêt de l'Enfant.

b) Consigne de l'Enfant.

Lorsqu'un Enfant est hospitalisé pour des soupçons précis de sévices, la grande crainte du Médecin

hospitalier est de voir cet Enfant repris par sa Famille (sortie volontaire) avant que des mesures de protection n'aient pu être prises.

C'est afin d'éviter cela que le Médecin hospitalier prévient les autorités en vue d'obtenir une CONSIGNE, qui interdit la sortie de l'Enfant. Mais, cette consigne, acte judiciaire, ne sera délivré par les Autorités que sur des preuves médicales objectives: c'est le problème du CERTIFICAT MEDICAL.

: ou, pour rester fidèle au secret professionnel, ce certificat n'est pas fourni par le Médecin hospitalier: le Procureur nomme alors un Médecin Expert, qui se rend à l'hôpital, examine l'Enfant, rédige son certificat, et le fait parvenir au Parquet: perte de temps, parfois disparition de certaines preuves physiques, ralentissement de l'action, alors que la législation a donné au Juge des Enfants des possibilités d'action très rapide.

: ou, souvent bien contre son gré, le Médecin hospitalier reste fidèle à l'article 62 du Code, et délivre le-dit certificat: gain de temps au bénéfice de l'Enfant, mais cas de conscience pour le Médecin.

Ne serait-il pas possible, là encore, de "concilier l'inconciliable ?

La nomination dans chaque établissement hospitalier d'un ou plusieurs Médecins Experts ne permettrait-elle pas de résoudre plus rapidement, et de façon plus satisfaisante sur le plan déontologique, le délicat problème de ce certificat médical ?

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Bien que les premières publications, Françaises et strictement Médico-Légales, datent de 1879, ce n'est qu'à partir de 1946 que les Médecins s'intéressent au problème des Enfants victimes de mauvais traitements.

Sous la vigoureuse impulsion de Radio-Pédiatres Anglo-Saxons tels que J. CAFFELY, et F.N. SILVERMAN, s'élabore progressivement le "Battered Child Syndrome", ou Syndrome des "Enfants Maltraités".

Les Auteurs Français ne restent pas sourds à ces descriptions, et, tout particulièrement sous l'influence du Professeur NEIMANN et de l'Ecole de Nancy, plusieurs publications viennent préciser les principales données de ce syndrome.

Ces Auteurs insistent sur les signes cliniques de suspicion des sévices, et accordent une importance toute particulière aux données des examens clinique et radiographique, bien sûr, mais surtout aux critères psycho-sociaux dont l'étude peut faciliter l'approche des motivations des sévices.

Si, jusqu'en 1946, le diagnostic de mauvais traitements est un diagnostic soit de flagrant délit, soit purement médico-légal, la situation a radicalement évolué depuis, donnant au terme de prévention son véritable sens.

Certains signes cliniques, certains examens complémentaires, les données de l'interrogatoire et d'une enquête psycho-sociale bien menée, peuvent permettre au Médecin de rattacher à la notion de "mauvais traitements" des symptômes jusqu'alors considérés comme "idiopathiques".

Se pose alors un problème d'une actualité cruciale : le problème de la responsabilité médicale, devant de tels cas, et celui du SECRET PROFESSIONNEL.

ooo

Nous avons pu rassembler dans le service de Monsieur le Professeur KAPLAN, et grâce à l'obligeance de Messieurs les Professeurs LAURENCE et WILL : 46 observations.

Ces 46 observations, réparties entre les années 1960 et 1967 entrent dans le cadre du syndrome des

"ENFANTS MALTRAITES".

c'est à dire de syndromes pour lesquels nous pensons pouvoir affirmer qu'il s'agit d'Enfants ayant été victimes de brutalités ou de négligences graves de la part de leurs Parents ou des Personnes les ayant en charge.

Ces enfants sont dans l'immense majorité des cas, des Enfants de moins de deux ans :

- 14 de nos cas ont moins de 6 mois.
- 11 d'entre eux ont entre 6 et 12 mois.
- 37 de nos petits Malades ont moins de 24 mois
(80% des cas).

Cette constatation est très importante ; elle peut s'expliquer par le fait que l'enfant est dans l'incapacité ou de dénoncer ou de fuir ; la GLAND ESTINITE des sévices est donc totale, et particulièrement facile à réaliser. Elle explique, par la même, la difficulté du diagnostic clinique.

- Après une série de 3 tableaux synoptiques comportant :

- . Les motifs de l'hospitalisation.
- . Les données de l'examen clinique initial.
- . Les explications fournies à l'entrée.

- Nous nous sommes efforcés de regrouper ces cas en un certain nombre de tableaux cliniques :

- . Dénutritions aiguës
- . Lésions tégumentaires
- . Fractures, uniques ou multiples
- . Hématomes sous-duraux.

I - DÉNUTRITIONS AIGUËS.

Deux de nos observations entrent dans ce chapitre.

Le diagnostic étiologique ne pose pas de problèmes, les circonstances de l'hospitalisation et les données de l'interrogatoire mettant vite sur la voie des négligences et de l'abandon.

Deux remarques s'imposent néanmoins :

- Exception faite de l'énorme dénutrition, aucune anomalie clinique ou biologique caractéristique ne fut mise en évidence.

- L'interrogatoire et l'enquête psycho-sociale mettent en relief quelques points importants :

- . Situation matrimoniale des Parents très perturbée.
- . Histoire médicale banale racontée à l'hospitalisation.
- . Enfant en nourrice dans 1 cas.

Nous avons rattaché à ces 2 observations, celle d'un enfant abandonné par sa Mère, mais dont l'examen ne montra aucune anomalie : cas social pur.

Il est évident que ce court chapitre ne représente que des cas extrêmes : des troubles de l'état général (hypotrophie, retard staturo-pondéral) d'une intensité moins impressionnante se rencontrent dans nombre de nos observations ; mais faisant partie faisant partie intégrante d'un tableau clinique, nous les signalons à ce chapitre.

II - LES LÉSIONS TEGUMENTAIRES.

Ces lésions sont retrouvées dans 22 de nos observations. Elles consistent en :

- ECCHYMOSES : retrouvées 18 fois, de localisation variable, souvent multiples, en imposant parfois pour un purpura.
- HÉMATOMES : Retrouvés dans 7 cas, localisés électivement à la face, à la nuque, au crâne.
- CICATRICES OU PLAIES : Dans 7 de nos observations nous avons trouvé des érosions, des traces de griffures ou des empreintes siégeant au niveau de la bouche, de la face, ou des membres. Certaines ont même une forme caractéristique ; trace de liens par exemple.
- BRULURES. : Dans 2 de nos cas, nous avons découvert des traces suspectes de brûlures : l'aspect clinique de la lésion, et ses formes évocatrices (empreinte de fer à repasser, trace de cigarette) permettent le diagnostic. Il faut néanmoins insister sur un aspect fréquemment trompeur : une surinfection peut les modifier, ne permettant pas toujours de les rattacher à leur véritable cause.

- Ces lésions sont fréquemment ASSOCIEES.

L'existence de ces lésions est parfois signalée à l'arrivée de l'Enfant, mais elles sont aussi fréquemment une découverte d'examen.

Les motifs de l'hospitalisation sont eux-mêmes sujets à caution. Dans 6 cas d'Enfant nous est adressé pour des sévices certains, mais dans la plupart des autres cas, le motif est bien banal : chute accidentelle, histoire médicale banale ; il n'est pas rare que l'Enfant soit admis à l'hôpital pour une suspicion de purpura ou d'hémopathie.

Les examens complémentaires sont intéressants à un double titre :

- Ils affirment, en premier lieu, l'ABSENCE d'anomalies biologiques majeures, en particulier de perturbations de la crase sanguine.
- Ils permettent de découvrir, 15 de nos cas, une symptomatologie ASSOCIEE.
- Fractures des membres (9 cas) ayant les caractères des fractures traumatiques.
- Hématome sous-dural (5 cas).

L'évolution, dans les cas où elle fut notée avec précision sur les dossiers, est rapidement régressive, les lésions ayant motivé l'admission ne se reproduisant pas durant le séjour hospitalier.

Dans les 8 cas de lésions tégumentaires isolées, les données de l'examen, de l'interrogatoire des Parents, et de l'enquête sociale, nous ont permis de poser le diagnostic de mauvais traitements.

III - LES FRACTURES :

Leur fréquence est caractéristique : nous les rencontrons 23 fois, soit dans 50% de nos observations.

Un traumatisme signalé d'emblée, une impotence fonctionnelle, un gonflement d'un segment de membre sont un motif fréquent d'hospitalisation. Mais, aussi fréquemment, une histoire parfaitement banale motive l'admission.

Un examen systématique du squelette dans son ensemble, nous a permis dans 16 cas de mettre en évidence, radiologiquement, des fractures multiples dont l'aspect est souvent évocateur :

- Fractures métaphysaires.
- Engainement périosté (10 cas).
- Fractures d'âges différents (4 cas).
- Le tout s'associant à une structure osseuse normale.

Dans 7 cas, l'existence d'un rachitisme pose le problème de "fractures rachitiques". Un cas a posé le diagnostic de scorbut.

L'évolution montre que la consolidation se fait dans des délais normaux sans que de nouvelles fractures surviennent.

L'interrogatoire des Parents, bien que moins évocateur, éveille quand même la suspicion devant :

- . Des explications banales, taisant toute notion de traumatisme, même accidentel : 8 cas.
- . L'absence d'explications : 4 observations.
- . Des antécédents pathologiques suspects, soit du Malade, soit de sa Fratrie.
- . Des Parents dont la situation matrimoniale est troublée (mauvaise entente, passé juridique, alcoolisme.)

Ainsi, en fonction des données de l'examen clinique et para-clinique et de l'interrogatoire, nous avons posé 16 fois le diagnostic médical de sévices.

L'enquête sociale effectuée corrobore 10 fois nos doutes.

IV - LES HÉMATOMES SOUS DURAUX.

Leur fréquence est grande : nous les avons trouvés dans 18 de nos observations.

Leur survenue est le plus souvent brutale : par un syndrome méningé (5 cas) et surtout par des crises convulsives (7 cas)

L'examen du fond de l'œil, montrant de nombreuses hémorragies (17 cas). L'électro-encéphalogramme plus ou moins perturbé (12 cas) mettent sur la voie du diagnostic que la ponction sous-durale ou la sous durographie viennent confirmer

Le tableau n'est pas d'emblée évocateur de traumatismes éventuels, et plusieurs diagnostics différentiels peuvent, comme nous l'avons vu, se discuter.

Mais, la découverte de signes associés font à priori évoquer les sévices ;

Ce sont :

- Des fractures : 4 cas.
- Des fractures et des ecchymoses : 1 cas.
- Des ecchymoses : 4 cas.

L'évolution de ces hématomes est souvent sévère, marquée par l'absence de résorption spontanée ou après ponctions, et par la nécessité fréquente d'une intervention neuro-chirurgicale.

L'histoire de la maladie est, dans la majorité des cas, parfaitement banale et l'interrogatoire des Parents n'apporte que rarement des renseignements significatifs ; 2 cas d'alcoolisme paternel, 3 situations matrimoniales troubles.

MAIS, il faut insister sur le nombre important d'Enfants placés en nourrice (10 de nos 18 cas). Les Parents Nourriciers n'étant, en général, ni vus ni interrogés : ce qui peut expliquer le peu de renseignements obtenus, les Parents ne pouvant que répéter la version des faits qui leur a été donnée.

Il serait souhaitable que soient interrogés, à l'hôpital, et les Parents et les Parents Nourriciers : malheureusement, ceci est loin d'être facilement réalisable.

C'est ainsi que nous avons suspecté des mauvais traitements dans 10 de nos observations ; or, l'enquête de l'Assistante sociale hospitalière ne corrobora nos soupçons que dans 3 cas.

oOo

La nature des lésions, leurs fréquentes associations, le mutisme habituel des examens de laboratoire, les interrogatoires parfois éloquents, mais surtout la très fréquente DISCORDANCE entre les données de l'interrogatoire et la clinique, permettent au Médecin, dans la majorité des cas, de porter un diagnostic de suspicion de :

MAUVAIS TRAITEMENTS.

Un tel diagnostic nécessite, sinon une certitude, du moins des présomptions solidement établies ; pour ce faire, nous

avons bénéficié des renseignements fournis, comme nous l'avons signalé au cours de cette étude, par :

- L'Assistante Sociale hospitalière.
- Les Assistantes Sociales spécialisées de la Brigade des Mineurs.

I - RÉSULTATS GLOBAUX.

Les sources de renseignements sûrs dont nous avons disposé, les conclusions auxquelles nous avons abouti grâce à leur appoint, nous permettent de distinguer 4 catégories.

A) CERTITUDE ACQUISE D'EMBLEE.

Elle est acquise dans 8 de nos observations : les circonstances du traumatisme sont connues lorsque l'Enfant entre à l'hôpital.

B) CERTITUDE ACQUISE APRES ENQUETE.

Dans 7 cas. Cette proportion n'est pas négligeable, et tend à prouver qu'une enquête médicale, sociale et spécialisée bien menée donne des certitudes dans un nombre non négligeable de cas.

C) PRÉSUMPTIONS MAJEURES APRES ENQUETE.

Elles sont établies dans 13 cas. Cette proportion nous semble intéressante car :

- Elle prouve, là encore, l'intérêt d'une enquête complète bien menée.
- Elle tend à prouver que la suspicion médicale n'est pas fruit de l'imagination, mais repose sur des bases objectives sérieuses.

- Elle tend, enfin, à prouver que même après enquête spécialisée (Brigade des Mineurs par exemple) des AVEUX sont rarement obtenus. Ceci correspond à ce que de nombreux Auteurs ont déjà remarqué : "le mutisme de la Famille et la négation de tout traumatisme s'expliquent d'autant mieux que les faits soupçonnés sont plus graves, et impliquent des risques de sanction judiciaire" a écrit le Docteur P. STRAUS .

D) Certains cas ne trouvent AUCUNE EXPLICATION.

Ainsi 18 observations demeuront inexplicées.

EN RESUME :

Sur 46 observations :

- 28 cas, soit 61% des cas, entrent avec certitude dans le cadre du syndrome des Enfants Maltraités.
- 18 cas, soit 39% ne voient pas les suspicions médicales confirmées ou infirmées par les enquêtes complémentaires.

II - REMARQUES SUR LES 18 CAS NON EXPLIQUES.

Troublés par l'existence de ces cas non confirmés, nous avons cherché les raisons de cette absence de preuves.

a) Certains dossiers, par analogie, demeuront suspects, en raison :

- D'un environnement familial défavorable : 1 cas.
- D'un placement en Nourrice, celle-ci n'ayant pas été vue ou donnant "mauvaise impression" : 5 cas.
- De la discordance entre la clinique et les données de l'interrogatoire : 5 cas.
- De l'association de plusieurs de ces facteurs : 2 cas.

Au total : 13 de ces 18 observations demeurèrent suspectes par analogie avec les cas où la certitude fut obtenue, mais il n'existe aucune preuve formelle.

- b) Il reste alors 5 observations où aucun motif de suspicion autre que clinique, ne peut être retenu.
- c) Or, l'étude des dossiers nous montre que les enquêtes complémentaires sociales n'ont été que très rarement effectuées dans ces cas :

- Dans les 13 cas par analogie, il n'y eut :
 - . AUCUNE enquête sociale dans 5 cas.
 - . AUCUNE enquête spécialisée dans 10 cas.
- Dans les 5 cas SANS aucune explication, les enquêtes complémentaires ne furent JAMAIS pratiquées, soit dans 100% des cas.

Ces constatations nous semblent très importantes : sans doute s'agit-il, là, de la raison majeure du mystère étiologique de ces observations. Nous avons vu, en effet, combien l'apport de ces enquêtes complémentaires fut déterminant dans le diagnostic positif de 28 de nos dossiers.

Il est également remarquable de constater que la moitié de nos hématomes sous duraux (9 cas) ne trouve aucune explication. Cette constatation est-elle en faveur des théories défendant l'hématome sous-dural "idiopathique" ?

Nous ne le pensons pas ; en effet :

- Aucune enquête sociale ne fut effectuée dans 4 cas.
- Aucune enquête spécialisée ne fut pratiquée dans 8 de nos 9 cas.

Il paraît donc sage de ne pas conclure à une origine "idiopathique" avant d'avoir épuisé toutes les possibilités d'investigations psycho-sociales dont nous disposons.

•••

Nous terminons cette étude en abordant 2 problèmes jouant un rôle majeur dans la "prévention des mauvais traitements à Enfants".

- Nous nous félicitons de la prise de conscience sociale du Médecin qui amène celui-ci à considérer l'Enfant, non plus comme un problème somatique, mais comme un "Tout" physique, psychique et social, profondément marqué par son environnement. Sans doute peut-on parler de l'éveil d'une conscience médico-sociale.

- La possibilité de poser un diagnostic médical de mauvais traitements en présence de signes autrefois non évocateurs, éclaire d'un jour nouveau le problème de la responsabilité médicale.

Où se situe le devoir du Pédiatre, écartelé entre les impératifs à priori contradictoires des articles 62 et 378 du Code Pénal ?

Comment peut-il, sur le plan pratique, rester fidèle à son devoir tout en restant fidèle à l'esprit de la Loi ?

Nous avons tenté de montrer qu'il est souvent possible de "concilier l'inconciliable" ; le rôle du Médecin hospitalier est primordial, mais il pose dans certains cas (demande de consigne d'un Enfant par exemple) de bien cruels dilemmes.

Si de nombreux autres problèmes restent hélas non résolus nous devons rester attentifs et ne pas nous décourager dans la lutte entreprise pour que diminue le nombre

des Enfants Maltraités.

oOo

BIBLIOGRAPHIE.

- 1-. ADELSON (J.)
Slaughter of the innocents a study of forty six homicides in which the victims were children.
New. Eng. J. Med. 1961 - 263 - 1345.
- 2-. American Academy of Pediatrics.
Committee on infant and preschool child : Maltreatment of children : the physically abused child.
Pediatrics : 1966 - 37 - 377.
- 3-. BAIN (K.)
The physically abused child
Pediatrics : 1963 - 51 - 895.
- 4-. The battered child syndrome.
J. Amer. Méd. Assoc. : 1962 - 181 - 42.
- 5-. BIUM (H.T)
"The battered child syndrome from a social work view point"
Canad. Jour. of public health : 1965 - 56 - N° 5 - 191.
- 6-. CAFFEY (J.)
Infantile cortical hyperostosis.
Journ. Pediat. 1946 - 29 - 541.
- 7-. CAFFEY (J.)
Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma.
Amer. J. Roentgenol : 1946 - 56 - 163.
- 8-. CAFFEY (J.)
Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children.
Pediatrics : 1965 - 67 - 1008.
- 9-. CAFFEY (J.)
Some traumatic lesions in growing bones other than fracture and dislocation clinical and radiological fractures.
The Madhwarzio David en memorial lecture.
Brit. J. Radiol 1957 - 30 - 225.
- 10-. CALDERA (R.)
L'hématome sous dural chronique du nourrisson
Rev. Neuro-psychiat. infant. 1955 - 3 - 59.
- 11-. CANDET (L)
Les fractures pathologiques chez l'enfant (fragilités osseuses constitutionnelles exceptées).
Rev. Rhum. 1955 - 2 - 436.

- 12-. COCHRANE (W.A.)
The battered child syndrome.
Canad. J. Publ. Health : 1965 - 56 - 193.
- 13-. COHEN (M.I.) RAPHLING (D.L.) GREEN (P.E.)
Psychological aspects of the maltreatment syndrome of childhood.
Jour. of Pediat. 1966 - 69 - 279.
- 14-. Entorse au secret médical dans l'intérêt des enfants martyrs.
Presse Méd. 1965 - 3 - 2406.
- 15-. ELIOT (E.)
Abused young children seen in hospital
Social works : 1960 - 5 - 98
- 16-. ELMER (E.)
Identification of abused children.
Children's Sept. 1963 - 180.
- 17-. FABRE (A) CANET (J.)
Fractures multiples et "syndrome des enfants battus".
Gaz. Médic. France 1967 - 74 - 4481.
- 18-. FANDRE (M.) COFFIN (R.) PENNAFORTE (F.)
Un cas d'association d'hématome sous-dural et de fractures spontanées multiples chez un nourrisson.
Pédiatrie - 1965 - 20 - 75.
- 19-. FELD (M.)
Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux spontanés.
Rev. Neur. 1947 - 79 - 96.
- 20-. FISHER (S.H.)
Skeletal manifestations of parents-induced trauma in infants and children.
South. Méd. Journ. 1958 - 51 - 956.
- 21-. FONTANA (V.J.)
The neglect and abuse of children.
N.Y. State Journ. Of Med. : 1964 - 64 - 215.
- 22-. FONTANA (V.J.)
The maltreated child ; the maltreatment syndrome in children
springfield, c.c. Thomas 1964 - 67 .
- 23-. FOWLER (V.) HARPER (H.A.)
The physician, the battered child and the law.
Pediatrics : 1963 - 31 - 899.
- 24-. FRAUNBERGER (G.S.)
Multiple fracture association with subdural hematoma of infancy.
Pédiatrie : 1950 - 6 - 890.
- 25-. GALDSTON (R.)
Observation on children who have been physically abused and their parents.
Amer. Journ. psych. 1965 - 122 - 440.

- 26-. GIRAUD (F.) BERNARD (R.) SANGOT (M.) VINCENT (P.)
Hématome sous-dural et Rachitisme (2 observ.)
Arch. Fr. de Pédiatrie : 1950 - 7 - 542.
- 27-. GRALL (R.)
Hématome sous-dural chronique des nourrissons : considérations étiologiques et pronostiques à propos de 55 cas.
Thèse Méd. Nancy 1965.
- 28-. GRIFFITHS (D.L.) MOYNIHAN (F.J.)
Multiple epiphyseal injuries in babies : "battered child" syndrome.
Brit. Med. Journ. 1963 - 4 - 1558.
- 29-. GODEFROY (R.)
Pour en finir avec cette hante : l'enfance martyre .
Trib. de l'enfance 1966 - 4 - 35.
- 30-. HOEL (H.W.)
The battered child.
Minnesota Med. 1963 - 46 - 1001.
- 31-. HOULLEMARE (L.) LALLEMENT (M.T.)
A propos des sévices chez l'enfant.
Méd. Infant. 1966 - 5 - 451.
- 32-. INGRAHAM (F.D.) MATSON (D.D.)
Subdural hematoma in : Neurosurgery infancy and childhood
Springfields, c;c; Thomas 1954 - 186.
- 33-. INGRAMAM (F.D.) MATSON (D.D.)
Subdural hematoma in infancy
Advance Pediat. 1949 - 4 - 231/
- 34-. JOSEPH (R.) BRAULT (A.) JOB (J.C.) RIBIERRE (M.)
Fractures multiples de nourrissons : traumatismes méconnus, ou fragilité osseuse sans dysmorphie ?
Arch. Fr. anc. Pediat. 1960 - 17 - 849.
- 35-. JOSSEMERAND (P.) GERMAIN (D.) DEVILLARD (A.) GIRARD (J.)
Un nouveau cas d'hématome sous-dural associé à des fractures de membres chez un nourrisson.
Pédiatrie - Lyon - 1960 - 15 - 647.
- 36-. KEMPLE (C.H.) SILVERMAN (F.N.) STEELE (B.F.) DROEVENVELIER (W.)
SILVER (H.K.)
The battered child syndrome
J.A.M.A. 1962 - 181 - 17.
- 37-. KIFFNEY (G.T.)
The eye of the "battered child".
Arch. of ophthalm. 1964 - 72 - 231.
- 38-. KLEIN (M.R.)
L'hématome sous-dural du nourrisson.
Arch. Fr. . Pédiat. 1964 - 21 - 425.

- 39-. LANCELOT (F.)
Fractures multiples du nourrisson, d'origine indéterminée traumatismes méconnus, ou fragilité osseuse ?
Thèse Paris 1964.
- 40-. LAPRAS (C.) GOUTELLES (A.) DUQUENEL (J.) BRUNAT (M.) FISHER (G.)
DECHAUME (J.R.)
A propos d'une statistique d'hématome sous-dural du nourrisson.
Journ. Med. Lyon. 1965 - 1084 - 1535.
- 41-. LAZORTHES (G.) BARDIER (A.) MARTINEZ-COBO (J.)
Les épanchements sous-duraux du nourrisson. Discussion étiopathogénique à propos de 59 cas.
- 42-. LEBEVRE (J.) DEBRUN (G.) BASCOU (R.)
Fractures multiples du nourrisson d'origine indéterminée.
Journ. Rad. Electro. 1965 - 46 - 425.
- 43-. L'LONG (M.) ALISON (F.) ROUGERIE (J.) LE TRAM WIN-CALDERA (R.)
L'hématome sous-dural chronique du nourrisson : étude de 31 observations.
Arch. Franç. de Pédiat. 1955 - 12 - 1037.
- 44-. LEPINTRE (J.) KLEIN (A.)
Hématomes sous-duraux du nourrisson.
Sem. Hôp. Paris 1949 - 23 - 97.
- 45-. MC. HENRY (T.) GIRDANY (B.R.) ELMER (E.)
Unsuspected trauma with multiple skeletal injuries during infancy and childhood.
Pédiatrics 1963 - 31 - 903.
- 46-. Maltreatment of children : the physically abused child.
Pédiatrics 1962 - 37 - 377.
- 47-. M'RIE (J.) APOSTOLIDES (P.) SALET (v.) ELIACHAR (E.) LYON (G.)
Hématome sous-dural du nourrisson associé à des fractures de membres.
Sem. Hôp. Paris 1954 - 1757/p. 31
1763/p. 37
- 48-. MAROTEAUX (P.) FESSARD (C.) ARON (J.J.) LAMY (M.)
Les séquelles du syndrome du SILVERMAN (fractures multiples du nourrisson, syndrome dit "des enfants battus").
Pres. Médic. 1967 - 75 - 711.
- 49-. MARQUÈZ (R.) BACH (Ch.) BLONDEAU (M.)
Hématome sous-dural et fractures multiples des os longs chez un nourrisson de 9 mois.
Arch. Fr. Pédiat. 1952 - 9 - 526
- 50-. NEIMANN (N.) LEPOIRE (J.) MANCIAUX (M.)
L'hématome sous-dural chronique du nourrisson.
Rev. Méd. Nancy 1957 - 82 - 233.

- 51-. NEIMANN (N.) BEAU (A.) ANTOINE (M.) PIERSON (M.) MANCIAUX (M.)
KERSAUSON (M.C. de)
Les altérations des os longs au cours de l'hématome sous-dural
chronique du nourrisson.
J. radio-électro - 1958 - 39 - 576.
- 52-. NEIMANN (N.) MANCIAUX (M.) SAPPÉLIER (J.) MONTAUT (J.)
Considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome
sous-dural chronique du nourrisson.
Méd. inf. 1965 - 8 - 531.
- 53-. NEIMANN (N.) MANCIAUX (M.) SAPPÉLIER (J.) GRALL (R.)
Hématome sous-dural chronique du nourrisson : considérations
étiologiques.
Pédiatrie Lyon - 1966 - 21 - 409.
- 54-. O'DOHERTY (N.J.)
Subdural hematoma in battered babies.
Dévelop. Med. Child Neurol. 1964 - 6 - 192.
- 55-. PALOMBEQUE (F.N.) HAMERSTON (M.A. jr)
"Battered child syndrome" unusual dermatological manifestation
Arch. of dermato chicago 1964 - 90 - 326.
- 56-. PARISOT (P.) CAUSSADE (L.)
Les sévices chez les Enfants.
Ann. Méd. Légale 1929 - 2 - 398.
- 57-. RABOUILLE (D.)
Les Jeunes enfants victimes de sévices corporels.
Thèse Nancy 1967.
- 58-. SILVERMAN (F.N.)
The roentgen manifestations of un recognized skeletal trauma
in infants.
Amer. J. Roentgen. 1953 - 69 - 413.
- 59-. SMITH (M.J.)
Subdural homatoma with multiple fractures.
Amcr. J. Roentgen 1950 - 63 - 342.
- 60-. SNEDECOR (S.T.) SPENCER (T.) WILSON (H.B.)
Some obstetrical injuries to the long bones.
J. bone Joint surg. 1949 - BIA 378.
- 61-. STORNEY (B.)
The battered child.
Med. J. of Australia Sidney 1964 - 20 - 789.
- 62-. STRAUS (P.) PROT (D.) LIVCHITZ - KAPLAN (M.) COMPERE (R.)
Syndrome de l'enfant maltraité
- Communication à la Société Française de Pédiatrie.
Journ. Radio - A paraître.

- 63-. VERGER (P.) et Coll.
Fractures multiples de côtes associés à un hématome sous-dural
chez un prématuré.
J. Méd. Bordeaux 1959 - 7.
- 64-. WESTON (W.J.) HUTT (L.)
Métaphyseal fractures in infancy.
J. Bone joint Surg. 1957 - 39 B 694.
- 65-. WOOLLEY (P.V.) EVANS (W.A.)
Significance of skeletal lesions in infants resembling those of
traumatic origine.
J.A.M.A 1955 - 158 - 539.

oOo

TABLE DES MATIERES.

HISTORIQUE	page : 1
INTRODUCTION	page : 21
GENERALITES	page : 23
TABLEAUX CLINIQUES	
➤ Dénutritions aigues	page : 33
- Lésions tégumentaires	page : 36
➤ Fractures	page : 46
- Hématomes sous-duraux	page : 63
LES ENQUETES COMPLEMENTAIRES	page : 78
- Leur nature	page : 78
- Conclusions étiologiques	page : 80
- Commentaires	page : 89
REFLEXIONS SUR 2 POINTS PARTICULIERS	
- Prise de conscience sociale du Médecin	page : 90
- L'Enfant maltraité, le Médecin et le secret professionnel	page : 91
RESUME ET CONCLUSIONS	page : 96

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de P A R I S

J. ROCHE

VU le Président de Thèse

JULIEN MARIE

VU le DOYEN de la Faculté

G. BROUET

